



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA

**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

Planejamento familiar: acesso a métodos anticonceptivos e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista, Estado da Bahia, Brasil.

**Péricles Gimenes Farina**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE TROPICAL**

JULHO, 2019



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA

**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**Título: Planejamento familiar: acesso a métodos anticonceptivos e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista, Estado da Bahia, Brasil.**

**Autor:** Péricles Gimenes Farina.

**Orientador:** Doutora Rosa Maria Figueiredo Teodósio

**Coorientador:** Doutor Reginaldo Souza Silva.

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS  
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE TROPICAL.**

Péricles Gimenes Farina

**Planejamento familiar: acesso a métodos anticonceptivos e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista, Estado da Bahia, Brasil.**



INSTITUTO DE HIGIENE E  
**MEDICINA  
TROPICAL**  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



## **Dedicatória**

Aos meus pais, Clarindo Farina e Ignês Gimenes Farina, exemplos vivos de persistência e dedicação aos filhos. Minha eterna e imensurável gratidão.

A minha família, Ellen Mara e Maria Helena, pelo apoio e compreensão. Provas irrefutáveis de que o tempo se encarrega de reunir os corações que se amam.

Aos amigos, pois sem vocês a vida ficaria mais difícil.

Aos pacientes, fonte de aprendizagem.

## **Agradecimentos**

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela iniciativa do projeto.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Rosa Maria Figueiredo Teodósio e Professor Doutor Reginaldo Souza Silva, que se dispuseram a me apoiar, ensinar e corrigir esta dissertação. Pelo apreço, recebam minha eterna gratidão.

Ao Polo de Educação do município de Vitória da Conquista por ter permitido a realização deste projeto, bem como a toda equipe que compõe o planejamento familiar da rede pública. Minha admiração pela dedicação à causa pública.

Aos professores de Portugal que vieram de tão longe e trazendo conhecimento, simpatia e cordialidade. Ensinarão-nos, e pudemos constatar isto, o quanto é belo cuidar de inúmeras doenças e realidades que são negligenciadas. Aprendemos que a medicina tropical é a medicina dos pobres, mas longe está de ser uma pobre medicina.

À Universidade Nova de Lisboa e ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical por terem permitido a realização deste mestrado.

## **Lista de Abreviaturas**

DIU	Dispositivo intrauterino
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONGs	Organizações Não Governamentais.
SIU	Sistema intrauterino (DIU medicado ou com hormônio)
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
USF	Unidade de Saúde da Família.

## **Lista de Correspondência de termos utilizados no Brasil e em Portugal**

Usuário	Utente
Laqueadura tubária	Laqueação de trompas
Condom ou camisinha	Preservativo.

## Resumo

**Introdução:** Apesar do preconizado em dispositivos legais o planejamento familiar na rede pública brasileira ainda é uma realidade negligenciada. Modernos métodos anticoncepcionais estão à disposição na rede privada de saúde, contudo, na esfera pública há poucas opções de escolha e as informações sobre planejamento familiar ainda são escassas.

**Objetivos:** Caracterizar-se na rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista o(a)s utentes têm assegurado os recursos para o livre exercício do planejamento familiar, conforme preconizado pela Lei Nº 9.263/96. Em especial, caracterizar a disponibilidade de informações e métodos anticoncepcionais.

**Metodologia:** Realizado estudo de natureza descritiva, transversal, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, na rede de saúde pública do município de Vitória da Conquista. Foram pesquisadas 37 unidades de saúde e ouvidos 48 utentes. Para análise de dados foi utilizado o programa Microsoft Excel na Versão 16.26.

**Resultados:** Foi observado que o planejamento familiar está presente em todas as unidades de saúde e em 80,6% das vezes suas ações são desenvolvidas exclusivamente pela(o) enfermeiro(a). Em 77,8% das unidades são realizadas palestras aos usuários, contudo, há poucas ações educativas em escolas e na comunidade. O homem raramente frequenta o planejamento familiar e quando comparece é para realizar vasectomia. Para os gestores das unidades de saúde há poucas opções de escolha de métodos anticoncepcionais e mesmo assim há falhas no fornecimento de pílulas e métodos injetáveis. Quanto aos métodos cirúrgicos há uma lista de espera de aproximados 60 dias para a laqueadura tubária e de 6 meses para a vasectomia. Não existe lista de espera para a inserção de DIU. Não existem métodos como SIU, anel vaginal, implante subdérmico e adesivo transdérmico.

**Conclusões:** No planejamento familiar da rede pública de Vitória da Conquista o(a)s utentes não têm assegurados, de forma ampla, os recursos para o livre exercício do planejamento familiar, conforme preconizado pela Lei Nº 9.263. Ainda há poucas informações disponíveis sobre temas do planejamento familiar, conforme ficou demonstrado em entrevista a gestores e usuários das unidades de saúde.

Quanto aos métodos anticoncepcionais, estão presentes em todas as unidades de saúde, contudo, há falhas no fornecimento dos mesmos e métodos mais modernos não existem.

Quanto aos métodos cirúrgicos a laqueação de trompas hoje é realizada em tempo relativamente curto e a vasectomia ainda apresenta longa lista de espera. Com relação à inserção do DIU não há fila de espera.

No que diz respeito à organização da rede pública do planejamento familiar ficou demonstrado que precisa haver a participação efetiva de médicos ginecologistas e maior número de encontros entre os profissionais envolvidos.

**Palavras-chave:** Anticoncepção; planejamento familiar; saúde da mulher; gravidez não desejada, Sistema Único de Saúde, Brasil.

## Abstract

**Introduction:** Despite the legal provisions, family planning in the Brazilian Public Health is still a neglected reality. Modern contraceptive methods are available in the private health network, however, in the public sphere there is little choice and family planning information is still scarce.

**Objectives:** Characterize if the access to the public health network of the city of Vitória da Conquista the users have assured the resources for the free exercise of family planning, as recommended by Law N° 9.263/96. In particular, to characterize the availability of contraceptive information and methods.

**Methodology:** This was a descriptive, cross-sectional, exploratory study with a quantitative approach in the public health network of Vitória da Conquista. 37 health units were surveyed and 48 users were heard. For data analysis we used the Microsoft Excel program in version 16.26.

**Results:** It was observed that family planning is present in all health units and 80.6% of the time their actions are developed exclusively by the nurse. In 77.8% of the units speeches are given to users, however, there are few educational actions in schools and in the community. Men rarely go to family planning meetings and when they do, it is in order to have a vasectomy done. For managers of health units there are few options for choosing contraceptive methods and the availability of pills and injectable methods is not always secured. As for surgical methods, there is a waiting list of approximately 60 days for tubal ligation and 6 months for vasectomy. There is no waiting list for IUD insertion. There are no methods such as IUS, vaginal ring, subdermal implant and transdermal patch.

**Conclusions:** In the family planning of the public network of Vitória da Conquista the users do not have, in a broad way, the resources for the free exercise of the family planning, as recommended by the Law N° 9.263. There is still little information available on family planning topics, as demonstrated in interviews with managers and users of health facilities. Regarding contraceptive methods, they are present in all health units, however, there are failures in the provision of them and more modern methods do not exist. As for surgical methods, tubal ligation today is performed in a relatively short time and vasectomy still has a long waiting list. Regarding the insertion of the IUD there is no queue.

With regard to the organization of the public family planning network, it was shown that there must be the effective participation of gynecologists and a greater number of meetings between the professionals involved.

**Keywords:** Contraception; family planning; women's health; unwanted pregnancy, Public Health System, Brazil.



## Índice de Tabelas e Gráficos

### Tabelas

Tabela 1 - Profissionais que compõem a equipe de planejamento familiar. ....	29
Tabela 2- Presença de panfleto nas unidades de saúde .....	30
Tabela 3- Frequência dos homens em consulta de planejamento familiar. ....	31
Tabela 4- Percepção do gestor quanto a facilidade de consulta em planejamento familiar .....	32
Tabela 5- Percepção do gestor quanto a facilidade de ligação pelo SUS. ....	32
Tabela 6- Percepção do gestor sobre o fornecimento regular de pílulas pela unidade de saúde. ....	33
Tabela 7- Percepção do gestor sobre o fornecimento regular de injetáveis pela unidade de saúde. ....	33
Tabela 8- Método anticonceptivo em uso. ....	36
Tabela 9- Algum(a) médica(o) ou enfermeira (o) já conversou com você sobre planejamento familiar? .....	37
Tabela 10- O utente tem acesso fácil ao serviço de planejamento familiar. ....	38
Tabela 11- Quais métodos anticonceptivos você conhece ou ouviu falar? .....	39

### Gráficos

Gráfico 1 - Frequência de ações sobre planejamento familiar nas escolas. ....	31
Gráfico 2 - Você já participou de alguma palestra sobre métodos anticonceptivos? .....	37
Gráfico 3 - Pílulas e injetáveis são fornecidos de forma regular, sem falhas de fornecimento. ....	38

# Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
1.1 História da Anticoncepção .....	1
1.2 Classificação dos métodos anticonceptivos.....	5
1.3 Aspectos legais do planejamento familiar.....	7
1.4 Anticoncepção e repercussões Socioeconômicas .....	10
1.5 Direitos Sexuais e Reprodutivos.....	16
1.6 Acesso a métodos anticonceptivos e informações sobre planejamento familiar no Brasil.....	19
1.7 Organização da rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista. ....	22
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>25</b>
2.1 Objetivo geral.....	25
2.2 Objetivos específicos .....	25
<b>3. Materiais e métodos .....</b>	<b>26</b>
3.1 Área geográfica do estudo. ....	26
3.2 Tipo de estudo.....	26
3.3 População alvo e local de coleta de dados. ....	26
3.4 Coleta de dados.....	26
3.4.1 Coleta de dados do gestor da unidade de saúde.....	26
3.4.2 Coleta de dados do(a)s utentes. ....	27
3.4.3 Coleta de dados do gestor da unidade responsável pelos métodos cirúrgicos e inserção de DIU.....	28
3.5 Comitê de Ética .....	28
3.6 Análise de dados .....	28
<b>4. Resultados .....</b>	<b>29</b>
4.1 Introdução.....	29
4.2 Resultados de questionários dirigidos a gestores.....	29
4.2.1 Profissionais responsáveis pelo planejamento familiar.....	29
4.2.2 Tipos de informação disponíveis aos utentes.....	30
4.2.3 Percepção do gestor quanto a facilidade de acesso a métodos e informações na unidade de saúde. ....	32
4.3 Resultados de visita ao estoque de métodos anticonceptivos.....	34
4.4 Resultados dos questionários dirigidos aos utentes. ....	35
4.4.1 Características sociodemográficas. ....	35
4.4.2 Percepção da importância do planejamento familiar e métodos em uso.....	36
4.4.3 Percepção do acesso a informação sobre planejamento familiar na unidade de saúde.....	37
4.4.4 Percepção dos usuários quanto a facilidade de acesso a métodos anticonceptivos. ....	38

4.5 Resultados de entrevista com o responsável da unidade com procedimentos cirúrgicos e inserção de DIU. ....	40
<b>5. Discussão .....</b>	<b>42</b>
5.1 Discussão sobre respostas dos gestores.....	42
5.2 Discussão sobre visita ao estoque de métodos anticonceptivos.....	47
5.3 Discussão sobre questionários dirigidos aos utentes.....	50
5.4 Limitações do estudo.....	53
<b>6. Conclusões .....</b>	<b>54</b>
<b>7. Referências bibliográficas .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>62</b>
8.1 Questionários.....	62
8.1.1 Anexo 1- Questionário ao gestor da unidade de saúde. ....	62
8.1.2 Anexo 2 - Formulário estoque de medicamentos .....	66
8.1.3 Anexo 3 - Questionário dirigido aos utentes. ....	68
8.1.4 Anexo 4 - Questionário gestor responsável por procedimentos cirúrgicos / inserção de DIU. ....	72
8.2 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	74
8.2.1 TCLE Gestor de Unidades de Saúde e de local de realização de procedimentos cirúrgicos / inserção de DIU .....	74
8.2.2 TCLE dirigido aos Utes. ....	77
8.2.3 Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos. ....	80

## **1. Introdução**

Falar sobre planejamento familiar suscita debates e proporciona entender como o tema pode contribuir para que a humanidade possa viver dentro de um modelo sustentável.

Os direitos sexuais e reprodutivos constituem a base para o desenvolvimento e autonomia de uma sociedade. Entretanto, o acesso aos diversos métodos anticonceptivos e informações referentes ao tema ainda não se dão de forma igualitária nas diferentes camadas da sociedade, conforme a experiência prática tem demonstrado a diversos profissionais que lidam com esta área de conhecimento.

O presente estudo visa pesquisar a realidade do planejamento familiar na rede pública de saúde da cidade de Vitória da Conquista, no interior do estado da Bahia, Brasil. Pretende-se investigar como se dá na prática suas ações quanto às informações e disponibilidade de métodos anticonceptivos e se o mesmo está em sintonia com as garantias legais conquistadas.

### **1.1 História da Anticoncepção**

Falar em anticoncepção, também conhecida por contracepção, é discorrer sobre métodos que visam evitar, de modo temporário ou definitivo, a fecundação do óvulo pelo espermatozoide.

Para que haja uma melhor compreensão do tema planejamento familiar imperiosa se torna uma revisão, ainda que breve, de como se deu sua construção histórica desde remotas eras até o momento atual.

Não é tarefa fácil relatar como se dava o controle da fertilidade na Antiguidade.

A maioria dos autores antigos se expressava de maneira confusa e, em geral, não havia a clara distinção entre métodos contraceptivos e métodos abortivos. O papiro de Kahun (descoberto em 1889 e considerado o documento escrito mais antigo com descrição de técnicas contraceptivas) cita o uso de um pessário vaginal como forma de impedir a entrada do esperma (pedaço de pano embebido com uma mistura de excremento de crocodilo e farinha fermentada). Considerado o "pai da Medicina", Hipócrates

## Introdução

recomendava o coito interrompido e acreditava que a semente da cenoura selvagem seria capaz de evitar a gravidez. Hipócrates introduzia materiais com auxílio de tubos de chumbo na cavidade uterina, com a finalidade de impedir a gravidez, tornando-se, portanto, o inventor do dispositivo intrauterino (Arie et al, 2009).

Para Aristóteles a origem do comportamento homossexual na antiga Grécia ocorreu devido a decisão política de limitar a população em Creta segundo Arie et al (2009, apud Zanconato, 1988). Também foi Aristóteles o primeiro a propor os espermicidas, utilizando óleo de cedro e pomadas com chumbo, conforme apontamentos de Arie et al (2009). O médico grego Sorano de Éfeso foi o primeiro a descrever técnicas contraceptivas e suas teorias somente foram superadas no século XX. Pedânio Dioscórides, médico grego nos anos 40-90 d.C., citava quatro grupos de recomendações anticoncepcionais:

- a) A mágica, que consistia em borrifar sangue menstrual em amuletos que as mulheres carregavam consigo;
- b) A ingestão de diversas poções compostas de extratos de plantas;
- c) A aplicação de tampões impregnados de azeite, mel e pimenta na vagina;
- d) O uso de unguentos com os quais o homem e a mulher umedeciam seus genitais.

A técnica de provocar abortamento, conforme Arie et al, com uma sonda ou uma vareta, preferentemente de raiz de malva, aplicada na cavidade uterina e mantida por um dia, era preconizada por Abu Bakr Muhammad Ibn Zakariya Al-Razi (Al Razi ou Rhazes), iraniano que viveu entre (864 a 930 d.C.).

Com a reforma protestante, no século XVI, católicos e protestantes condenaram a contracepção, posição mantida até a Sétima Conferência de Lambeth, em 1930, que passou a aceitar a utilização de meios artificiais de contracepção para situações especiais. Até então o método básico era a abstinência sexual todo o tempo que fosse necessário, levando uma vida de disciplina e de domínio de si mesmo, com a ajuda e graça do Espírito Santo (Arie et al, 2009).

Diante do predomínio da cultura cristã, o anatomista italiano Gabriele Falloppio expôs seu ponto de vista e aconselhava a utilização de preservativos feitos de linho ou com tripas de animais, para prevenir doenças venéreas. Por tal feito é considerado o criador do preservativo masculino. Coube ao médico Quondam, no século XVII, alarmado com o número de filhos ilegítimos do rei Carlos II da Inglaterra, a criação de

## Introdução

um protetor feito com tripa de animais e lubrificado com óleo de amêndoas. O ajuste da extremidade aberta era feito com um laço o que, obviamente, não era muito cômodo, mas o dispositivo fez tanto sucesso que há quem diga que o nome em inglês (condom) seria uma homenagem ao médico. A "camisinha-tripa" seguiu sendo usada, até 1839, quando Charles Goodyear descobriu o processo de vulcanização da borracha, fazendo-a flexível a temperatura ambiente. Contudo, nesta época, os preservativos de borracha eram grossos e caros e por isto lavados e reutilizados diversas vezes. As camisinhas de látex só surgiram em 1880 e daí evoluíram à medida que novos materiais foram desenvolvidos, melhorando a confiabilidade e durabilidade. Se a compreensão da reprodução humana até então era um enigma a ser descoberto, em 1875 Oscar Hertwig põe fim a dúvida e descobre que a fecundação consistia na união dos núcleos do espermatozoide e do óvulo e em 1880, Wilhelm Mensinga, anatomista alemão, sob o pseudônimo Karl Hasse, criou o pessário vaginal, também denominado capuz holandês e hoje conhecido como diafragma (Arie et al, 2009).

Em 1881, a liga malthusiana, fundada em 1879, realizou o primeiro Encontro Internacional de Planejamento Familiar, que contou com 40 participantes de várias nações da Europa. Novos encontros foram realizados em Liege (1905), Hague (1910) e Dresden (1911). No que diz respeito a planejamento familiar, a primeira clínica com este propósito surgiu em 1882 e foi coordenada pela primeira médica, formada na Holanda, Aletta Henriette Jacobs. Sabe-se que prescrevia o pessário de Mensinga e foi uma das maiores feministas do século XIX (Arie et al, 2009).

No ano de 1905 o fisiologista inglês Ernst Starling denomina de hormônio as substâncias químicas descobertas pelo ginecologista vienense Emil Knauer e no mesmo ano o holandês Van de Velde descreve que a mulher ovula apenas uma vez em seu ciclo menstrual. Em 1909 o alemão Richard Richter desenhou o primeiro DIU com finalidade unicamente contraceptiva, porém este DIU teve vida breve, pois o risco de infecção era muito grande.

A Liga das Nações foi convidada a se debruçar sobre problemas populacionais e foi oficialmente representada no encontro de 1927, em Genebra, presidido por Margareth Sanger. Em 1938 a Liga das Nações nomeou um comitê de especialistas para estudar os problemas demográficos, porém este processo foi interrompido com a ascensão de Hitler.

## Introdução

Após a Segunda Guerra, novos encontros foram realizados na Suécia (1946), na Inglaterra (1948) e na Índia (1952) onde Sanger criou, juntamente com outros antinatalistas, a International Planned Parenthood Federation (IPPF). Durante os anos 1960, a IPPF foi transferida para os Estados Unidos (EUA) e financiada por contribuições particulares atuou em todo o mundo, inclusive no Brasil, com o nome de BENFAM (Bem-estar Familiar no Brasil).

Em 1905 o fisiologista inglês Ernst Starling denomina de hormônio as substâncias químicas descobertas pelo ginecologista vienense Emil Knauer e no mesmo ano o holandês Van de Velde descreve que a mulher ovula apenas uma vez em seu ciclo menstrual. Em 1909 o alemão Richard Richter desenhou o primeiro DIU com finalidade unicamente contraceptiva, porém este DIU teve vida breve, pois o risco de infecção era muito grande. No que diz respeito a anticoncepção, a enfermeira americana Margareth Sanger é considerada a pioneira. Devotou sua vida à legalização do planejamento familiar e para torná-lo universalmente utilizável cunhando o termo "birth control", em uma época em que prevenção da concepção era tabu. Em 1950 ao unir-se a Katherine McCormick induziram o ginecologista e obstetra John Rock e o biólogo e cientista Gregory Pincus a desenvolverem a pílula anticoncepcional, que seria lançada comercialmente dez anos depois. Gregory Pincus aceitou o desafio de desenvolver a pílula, mas teve que trabalhar sem ser percebido, pois os contraceptivos estavam oficialmente proibidos nos Estados Unidos até 1965. Na época alegou tratar-se de uma pesquisa para aliviar os sintomas da menstruação e encerrou seu trabalho cinco anos depois de iniciar as pesquisas. Em agosto de 1960 lançou o novo produto no mercado norte-americano com o nome de Enovid-10, contendo 10 mg de noretinodrel e 0,150 mg de mestranol. Na Alemanha, a pílula apareceu apenas em 1º de junho de 1961, quando foi lançada pela Schering com o nome de Anovlar, contendo 4 mg de noretisterona e 0,05 mg de etinilestradiol. Eram pequenos comprimidos verdes, cuja bula vinha com a indicação: "para aliviar os sintomas desagradáveis da menstruação"(Arie et al, 2009). Por fim e fazendo jus a história, se Pincus deu início ao uso da progesterona noretinodrel como método anticonceptivo, em parceria com o ginecologista Rock, coube a Carl Djerassi, em laboratório mexicano (laboratório Syntex), ser o primeiro a sintetizar progesterona da diosgenina do inhame mexicano no ano de

## Introdução

1951, originado a molécula noretindrona. Até então, havia apenas progesterona injetável e em alto custo (Ujvari et al, 2014).

### 1.2 Classificação dos métodos anticonceptivos

Vários são os métodos disponíveis para evitar a concepção e o seu uso para limitar o tamanho e a estrutura da família, constitui o controle de nascimento ou planejamento familiar.

Os métodos primitivos, acima abordados, foram perdendo relevância com o passar dos anos e a descoberta de novos conhecimentos médicos.

No passado a anticoncepção era desprezada pela profissão médica. Atualmente, contudo, é reconhecida como sendo da maior importância no campo da medicina preventiva e também da sociologia, sendo essencial para a saúde e bem-estar dos indivíduos, da família e de toda a comunidade.

Os métodos tradicionais são aqueles que, apesar da eficácia teórica comprovada, têm menor eficácia real, em vista de sua utilização de maneira incorreta ou não rotineira. Ainda que nem sempre efetivos, são de fácil aplicação e aceitação e compreendem:

- a) métodos comportamentais: como ejaculação extravaginal (também conhecida por coito interrompido) e variantes sexuais;
- b) abstinência sexual completa ou periódica (também conhecida como planejamento familiar natural;
- c) método da amenorreia lactacional;
- d) métodos de barreira: preservativo (masculino e feminino), esponjas, diafragma, capuz cervical e espermicidas (Arie et al., 2009).

Nos dizeres de Fonseca et al (2005), os avanços da ciência e da medicina, nas últimas décadas, em especial as pílulas anticonceptivas, provocaram profundas transformações nas sociedades e influenciaram mais vidas que as duas grandes guerras mundiais. Nunca uma revolução sociocultural foi tão profunda e nenhum seguimento médico avançou mais que aquele relativo à saúde da mulher. Nossas atitudes e conceitos



## Introdução

com relação à sexualidade, ao feminismo e à família e tantas outras convicções foram profunda e irreversivelmente afetadas.

Os métodos modernos de anticoncepção são aqueles que apresentam maior eficácia e compreendem: a) o dispositivo intrauterino e b) os métodos hormonais: pílulas, injetáveis e, mais modernamente, contraceptivo transdérmico, contraceptivo hormonal por via vaginal, implante subdérmico e DIU liberador de progestagênio (DIU medicado).

No Brasil são permitidos os seguintes métodos, conforme a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (2010):

- a) anticoncepcional hormonal combinado: anticoncepcionais orais, anel vaginal, adesivo e anticoncepcionais injetáveis;
- b) anticoncepcionais com progestagênios: pílulas de progestagênio, injetável trimestral e implante subdérmico;
- c) anticoncepcionais de ação intrauterina: dispositivo intrauterino e sistema intrauterino de levonorgestrel;
- d) outros métodos reversíveis: métodos de barreira, métodos baseados na percepção da fertilidade, método da lactação-amenorreia;
- e) esterilização cirúrgica: laqueação das trompas (laqueadura tubária) e vasectomia;
- f) anticoncepcional de emergência.

### 1.3 Aspectos legais do planejamento familiar

O tema planejamento familiar passou a ter relevância mundial a partir da I Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã (1968). Na conferência foi defendido que os países têm o direito humano fundamental de determinar livremente o número de filhos e seus intervalos de nascimento.

Em 1978 foi o tema declarado como problema de saúde pública, naquela que ficou conhecida historicamente como Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, Egito, ficou estabelecido que a mulher tem o direito de controlar tanto o número quanto o momento de suas gestações.

No Brasil, segundo Osis (1998), no ano de 1983 foi assumido publicamente uma política de assistência à saúde da mulher, mediante o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (criado pelo Ministério da Saúde, coordenado pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil - DINSAMI e com o apoio da Organização Pan-Americana da saúde - OPAS). Foi com o PAISM que o Estado brasileiro propôs de forma clara e implantou, ainda que parcialmente, um programa que contemplava a regulação da fecundidade, permitindo que a mulher assumisse o protagonismo da sua história reprodutiva, traçasse sua própria narrativa no que diz respeito ao número de filhos e o melhor momento para tê-los.

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) constituiu um marco histórico na definição do Sistema Único de Saúde (SUS). Reafirmou que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e que, como tal, deve ser constitucionalmente garantido.

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil, foi oficialmente criado o SUS, tido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele está previsto na Constituição Federal em seu artigo 196 e de forma mais minuciosa na Lei nº 8.080/90 que estabeleceu suas diretrizes: ser universal (atender a todos de forma gratuita); integral (tratar a saúde como um todo); garantir equidade

## Introdução

(oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um) e ser administrado de forma tripartite (o financiamento é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal).

Com o artigo 226, da Constituição Federal, a família passou a ser vista como a base da sociedade, tendo especial proteção do estado. No mesmo artigo, em seu parágrafo 7º, houve o entendimento de que o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. Contudo, somente em 12/01/1996 foi promulgada a Lei n. 9.263, que regulamentou o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, detalhando o tema planejamento familiar. Em seu artigo 1º a Lei 9.263 afirma ser o planejamento familiar direito de todo cidadão e o artigo 2º especifica o que deve ser entendido como planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. O artigo 3º em seu parágrafo único preconiza que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde em todos os seus ciclos vitais. Inclui como atividades básicas, entre outras, a assistência à concepção e contracepção, ou seja, o SUS é obrigado a garantir assistência não só à concepção, através do pré-natal e da assistência ao parto, mas também à contracepção. Portanto, não se trata de um querer, mas de um dever legal imposto pela Lei 9.263 às instâncias gestoras do SUS.

O artigo 4º da Lei n. 9.263 disciplina, in verbis:

“O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva”.

Isto posto, os órgãos gestores do SUS devem realizar ações preventivas e educativas e garantir acesso a informações, meios e métodos anticonceptivo. Não se trata,

## Introdução

de um querer do gestor, mas de um dever que o Estado para si impõe, conforme artigo 5º da lei n. 9.263:

“É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar”.

O artigo 9º, na mesma lei, cita que serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e a prescrição será regida pelo parágrafo único do mesmo artigo: só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informações sobre riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. Coube ao artigo 10 dispor sobre os métodos de esterilização voluntária e estabelecer as situações possíveis.

O Código Civil, por sua vez, omisso não ficou em relação a temática e em seu capítulo IX, artigo 1565, § 2º, buscou na Constituição Federal as bases para seu regramento, reforçando que o planejamento familiar é de livre decisão do casal e que compete ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito.

No que diz respeito à política de planejamento familiar da rede privada foi em 12/05/2009 promulgada a Lei nº 11.935, que alterou o Artigo 35 C da Lei nº 9.656/98 (lei que regula o setor de Saúde Suplementar no Brasil). A lei n. 11.935 obrigou que as operadoras de plano de saúde cobrissem procedimentos de planejamento familiar. Ou seja, pacientes que contratam planos de saúde têm efetivo acesso a métodos anticonceptivos, sem nada mais pagarem. Estabeleceu ainda novos procedimentos a serem oferecidos, também de forma obrigatória:

- a) consulta de aconselhamento para planejamento familiar;
- b) atividade educacional para planejamento familiar;
- c) inserção de implante de sistema intrauterino com hormônio, conhecido como endoceptivo ou DIU medicado, incluindo o dispositivo em si.

### **1.4 Anticoncepção e repercussões Socioeconômicas**

Segundo dados das Nações Unidas, em artigo intitulado *Our Growing Population*, em 1950 a população mundial era estimada em 2,6 bilhões de pessoas, chegou a 5 bilhões em 1987 e em 1999 atingiu a quantia de 6 bilhões. Em 2017 chegamos a 7,6 bilhões e a previsão para 2030 é de 8,5 bilhões. Em 2050 chegaremos a 9,7 bilhões.

Para a ONU esta expansão em ritmo contínuo e rápido implica questões que dizem respeito à saúde, ao envelhecimento, à migração em massa e à urbanização, à demanda por habitação, ao abastecimento inadequado de alimentos, ao acesso à água potável, bem como a assuntos sociais como igualdade de gêneros, saúde reprodutiva, maternidade segura e outras tantas questões.

No ano de 2015 foram concluídas negociações que culminaram na adoção dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por ocasião da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, que visam orientar as políticas nacionais e as atividades de cooperação internacional por período de quinze anos (até 2028), sucedendo e atualizando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Após inúmeros debates chegou-se a um acordo que contempla 17 Objetivos e 169 metas, envolvendo temáticas diversificadas.

O Brasil desempenhou papel fundamental na implementação dos ODM e tem mostrado grande empenho no processo em torno dos ODS, com representação nos diversos comitês criados para apoiar o processo pós-2015. A coordenação nacional em torno da Agenda Pós-2015 e dos ODS resultou no documento intitulado "Elementos Orientadores da Posição Brasileira", elaborado a partir dos trabalhos de seminários com representantes da sociedade civil, de oficinas com representantes das entidades municipais organizadas pela Secretaria de Relações Institucionais e pelo Ministério das Cidades, bem como das deliberações do Grupo de Trabalho Interministerial sobre a Agenda Pós-2015, que reuniu 27 Ministérios e órgãos da administração pública federal.

O planejamento familiar deve ser compreendido como uma intervenção transversal que pode acelerar o progresso em 5 temas estabelecidos pelos ODS, a saber: pessoas, planeta, prosperidade, paz e parceria (Starbird, 2016) e acredita-se que há fortes razões para afirmar que sem planejamento familiar será difícil implementar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos.

## Introdução

Em que pese os avanços alcançados quanto a facilidade de acesso a métodos anticoncepcionais e a informações de boa qualidade, o que se observa é que em muitos países as mulheres e as adolescentes muitas vezes continuam tendo gestações não planejadas ou mais filhos do que gostariam.

Cita-se que em 2012 cerca de 85 milhões de gravidezes, representando 40% de todas as gravidezes no mundo, não foram intencionais (Starbird, 2016). Em 2014, 225 milhões de mulheres em países em desenvolvimento tinham uma necessidade insatisfeita de um método anticoncepcional moderno, ou seja, queriam parar ou atrasar a gestação, mas não estavam usando métodos anticoncepcionais modernos, conforme apontamentos de Singh (2016).

No Brasil, no ano de 2016, estudo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, ouviu quase 24 mil mães em 191 municípios, em pesquisa sobre o parto, gravidez e o desejo de ter um filho (Dantas, 2016). Entre as mulheres que tiveram filhos no Brasil, 55,4% não planejaram a gestação. Os dados mostram, ainda, que 25,5% das entrevistadas preferiam esperar mais tempo para ter um bebê e 29,9% simplesmente não desejavam engravidar em nenhum momento da vida, atual ou futuro.

Isto posto, são ressaltados os benefícios transformacionais que o planejamento familiar voluntário traz para mulheres, famílias, comunidades e países: o planejamento familiar pode ajudar a reduzir a pobreza; contribuir para a concretização da segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável; proporcionar boa saúde e bem-estar; contribuir para uma educação de qualidade inclusiva e equitativa; facilitar a igualdade de gênero e ajudar capacitar todas as mulheres e meninas; ajudar a garantir a disponibilidade e gerenciamento sustentável de água e saneamento e entre outros permitir o acesso a energia limpa, confiável, sustentável e moderna para todos.

### A) O planejamento familiar pode ajudar a reduzir a pobreza.

Não é fácil estabelecer a relação entre família numerosa e pobreza. Muitas são as variáveis envolvidas, entre elas o acesso a educação e o grau de diversidade cultural em diferentes famílias e em diferentes locais de um mesmo país. Alguns estudos adotaram uma abordagem diferente para examinar a participação do planejamento familiar na redução da pobreza e se concentraram no papel do mesmo na criação de capital humano. Num estudo de 2010 observou-se que um programa de planejamento familiar na

## Introdução

Colômbia proporcionou um declínio na fertilidade feminina na ordem de 6% a 7%, entre os anos de 1964 e 1993 (Miller, 2005). Apesar do seu modesto papel na redução da fertilidade, o estudo concluiu que a capacidade do planejamento familiar para combater a pobreza não pode ser facilmente descartada. Neste estudo verificou-se que as mulheres com acesso ao planejamento familiar, como as adolescentes, tinham 0,15 anos de escolaridade a mais, eram 7% mais propensas a trabalhar no setor formal e foram 2% menos propensas a viver com seus parceiros masculinos. Além disso, as jovens colombianas com acesso à contracepção moderna "experimentaram ganhos socioeconômicos substanciais" porque a contracepção permitiu que elas adiassem a idade com que tinham o primeiro filho e assim programassem melhor o futuro. O estudo concluiu ainda que essas estimativas podem colocar o planejamento familiar entre as intervenções mais eficazes (e rentáveis) para promover o desenvolvimento humano.

- B) O planejamento familiar pode contribuir para a concretização da segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável.

Conforme observado em estudo sobre os impactos do planejamento familiar na nutrição, coordenado por Naik et al (2015), as evidências atuais sugerem que o planejamento familiar pode ter uma influência significativa nos resultados nutricionais. Ao ajudar mulheres e casais a terem o número de crianças que desejam, e nos momentos mais saudáveis da vida, o planejamento familiar pode beneficiar as mães, bebês e crianças.

Para Sachdev (2015), um maior intervalo entre partos permite que o corpo feminino se recupere do estresse gestacional e proporciona melhores resultados nutricionais, como maior peso do recém-nato. Para o autor um maior intervalo entre os partos pode:

- a) proporcionar efeitos de longo alcance, na infância dos filhos, reduzindo a prevalência de desnutrição entre crianças menores de cinco anos;
- b) proporcionar às mães mais tempo, energia e recursos para amamentar seus bebês;

Além do acima exposto, o planejamento familiar pode contribuir para a redução do número de gravidezes de alto risco e, conseqüentemente, menor taxa de mortalidade

## Introdução

materna, uma vez que as mães passam mais tempo sem estarem grávidas. Permite também que mulheres possam ter filhos nos momentos mais saudáveis da vida, por exemplo, entre 18 a 34 anos de idade, quando são física, econômica e psicologicamente mais maduras para a maternidade, quando comparadas com aquelas abaixo de 18 anos.

- C) O planejamento familiar pode proporcionar boa saúde e bem-estar em todas as épocas.

Ahmed (2012), em estudo envolvendo 172 países, utilizando dados do Grupo Interinstitucional de Estimativa de Mortalidade Materna (MMEIG) e aplicando abordagem de modelagem contrafactual, estimou que no ano de 2008 o planejamento familiar evitou 272.040 mortes maternas (redução de 44% em comparação com as mortes maternas que ocorreram sem uso de anticoncepcionais. Também foi observado que gestação nos extremos da vida reprodutiva e um número elevado de gestações estão associados a um maior risco de mortalidade ou morbidade. Para o autor, o planejamento familiar melhora a saúde das mulheres e das crianças ao reduzir a proporção de gravidezes que são consideradas de alto risco. Ainda segundo Stover (2010), há concordância na comunidade global de que o planejamento familiar previne mortes maternas por reduzir o número de vezes que uma mulher está exposta aos riscos de gravidez.

Para Stover J (2010) o período mais saudável para uma gravidez se dá entre as idades de 18 e 34 anos e o intervalo entre partos deve superar 24 meses. Para minimizar riscos deve-se evitar mais de 4 partos.

Cleland (2012) indica que partos espaçados reduzem o risco de morte na infância em até 10% e para menores de 5 anos em até 21%.

Para Petruney (2012), o uso correto e consistente de preservativos masculinos ou femininos previne a transmissão do vírus HIV e contribui para evitar a gravidez não desejada em mulheres com HIV e, portanto, a transmissão potencial do vírus ao recém-nascido, bem como a morte materna (incluindo às relacionadas ao HIV).



## Introdução

- D) O planejamento familiar pode contribuir para uma educação de qualidade inclusiva e equitativa, bem como promove oportunidades de aprendizagem ao longo da vida.

O planejamento familiar pode ajudar mulheres e meninas, especialmente aquelas que se tornaram mães, a permanecerem na escola, se tornarem alfabetizadas, aprenderem uma profissão, iniciarem seus negócios ou, de outra forma, alcançarem seus objetivos educacionais e de emprego. A gravidez precoce e não intencional pode ser tanto uma causa como uma consequência do abandono escolar, consoante estudo da UNESCO (2014).

Desde 2000, a gravidez na adolescência diminuiu apenas modestamente na maioria dos países (Head SK, 2014), e as adolescentes continuaram enfrentando muitas barreiras na obtenção de serviços de planejamento e acesso a anticoncepcionais.

Para Loaiza (2013) a gravidez na adolescência afeta não somente os próprios adolescentes, mas também suas famílias, comunidades e a própria sociedade como um todo. Para a pesquisadora é estimado que no mundo todo 20 mil jovens menores de 18 anos se tornam mães todos os dias.

Erfani (2014), em estudo iraniano sobre o uso de anticoncepcionais em mulheres casadas, conclui que mulheres que utilizaram um método anticoncepcional moderno antes do primeiro nascimento tinham, em média, 84% mais probabilidades de avançar sua educação em 1 a 2 anos, quando comparadas com a mulheres que não utilizavam nenhum método antes do primeiro parto.

- E) O planejamento familiar pode facilitar a igualdade de gênero e ajudar capacitar todas as mulheres e meninas.

Falar da igualdade de gênero é referir-se à igualdade no desfrute dos direitos humanos, dos bens, das oportunidades e dos serviços entre mulheres e homens. Portanto, é refletir sobre as barreiras que as mulheres enfrentam ao tomar decisões sobre suas próprias vidas.

## Introdução

Ao engravidar é a mulher quem abandona trabalho e escola para, na maior parte dos casos, cuidar da prole. Head (2014), em estudo envolvendo 46 países, cita que menos da metade das mulheres atualmente casadas usam a contracepção moderna em 37 dos 46 países. Cerca de um quarto ou mais de mulheres atualmente casadas têm uma necessidade insatisfeita de planejamento familiar em 21 dos 46 países.

F) O planejamento familiar pode ajudar a garantir a disponibilidade e gerenciamento sustentável de água e saneamento para todos.

Não é de se estranhar que com menos pessoas habitando o planeta Terra maior é a chance de acesso à água e ao saneamento.

Mogelgaard (2012) destaca que o crescimento da população limita a quantidade de água disponível por pessoa. As estimativas sugerem que até 2035, aproximados 3,6 bilhões de pessoas viverão em áreas de estresse hídrico ou escassez.

Em que pese o fato de não ser o objetivo da presente dissertação, ainda são citados, entre outros, os seguintes benefícios transformacionais que o planejamento familiar pode trazer: reduzir os efeitos da população sobre os resíduos alimentares e químicos; ajudar a combater a mudança climática e seu impacto; permitir conservar e usar de forma sustentável os oceanos e mares e reduzir as desigualdades dentro e entre os países.

### 1.5 Direitos Sexuais e Reprodutivos

Segundo Nadal (2019) os direitos reprodutivos foram estabelecidos formalmente e reconhecidos como direitos humanos em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo. Contudo, há um abismo que separa a garantia de tais direitos e o real exercício destes. Ademais, as mulheres são as principais vítimas de violações dos direitos sexuais e reprodutivos em todo o mundo. Além disso, como as desigualdades se alimentam e se reforçam, as pessoas mais prejudicadas acabam sendo as mulheres das camadas mais pobres da sociedade. Nadal cita ainda que, segundo dados do instituto Guttmacher, há atualmente cerca de 200 milhões de mulheres, em países pobres ou em desenvolvimento, sem acesso a métodos contraceptivos.

Para Starrs e colaboradores (2018) os direitos sexuais e reprodutivos são essenciais para o desenvolvimento sustentável e têm impacto na saúde materna, neonatal, infantil e na fase de adolescência. Contudo, conforme Starrs, o progresso em direção ao cumprimento efetivo de tais direitos tem sido frustrado por causa do fraco compromisso político, recursos inadequados, discriminação persistente contra mulheres e meninas, e uma relutância em abordar questões relacionadas à sexualidade de maneira aberta e abrangente. Em decorrência disto, aproximados 4,3 bilhões de pessoas em idade reprodutiva em todo o mundo terão serviços de saúde sexual e reprodutiva inadequados ao longo de suas vidas. Os benefícios de investir em serviços de saúde sexual e reprodutiva pagam dividendos ao longo de muitos anos, facilitando o alcance de outras metas de desenvolvimento.

O direito à saúde sexual e reprodutiva é parte integrante do direito ao mais alto padrão atingível de saúde física e mental, consagrado no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (recepcionado no Brasil através do decreto número 591, de 6 de julho de 1992).

O direito à saúde sexual e reprodutiva implica o direito dos indivíduos de tomarem decisões e fazerem escolhas livres e responsáveis em relação a seus corpos e sua saúde sexual e reprodutiva. Consequentemente, a garantia de tais direitos só é possível com acesso irrestrito a uma gama de instalações de saúde, bens, serviços e informações.

## Introdução

Para Singh (2014), para cada dólar investido em serviço de planejamento familiar há redução de 1,47 dólares em custos relacionados com a gestação. Portanto, o que aparenta ser um gasto a bem da verdade se traduz em investimento a médio e longo prazo.

No Brasil, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como as políticas nacionais relacionadas à saúde da mulher, fortalecem a garantia dos direitos constitucionais relacionados ao planejamento familiar. Essas medidas têm efeitos diretos na saúde reprodutiva e na melhoria de indicadores socioeconômicos (Farias, 2016).

Globalmente, foi observado aumento no uso de métodos contraceptivos, de 54,8% em 1990 para 63,3% em 2010 (Alkema, 2013). Entretanto, pode haver variações metodológicas relevantes tendo em vista as características da população estudada.

É observado, ainda, que existem padrões regionais distintos no uso de métodos contraceptivos. Assim sendo, métodos reversíveis de curto prazo são mais usados na África e na Europa; os de longo prazo ou permanentes na Ásia e na América do Norte. América Latina, Caribe e Oceania apresentam uma combinação de diferentes métodos (Darroch, 2013). Também é observado que na adolescência é mais comum o uso de preservativo masculino e contraceptivo oral. Após os 20 anos, aumenta o uso dos métodos reversíveis de média e longa duração, tais como injetáveis, implantes e dispositivo intrauterino. Acima dos 30 anos, aumenta a prevalência de esterilização feminina e masculina (Farias, 2016).

O uso de contraceptivos no Brasil foi investigado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) em 1996 e em 2006. Na PNDS-2006, 65,2% das mulheres de 15 a 49 anos referiram uso atual de método contraceptivo considerado moderno. Ao incluir os métodos tradicionais (tabela, abstinência periódica, entre outros), a prevalência foi 67,8%. Predominaram contraceptivo oral (22,1%), esterilização feminina (21,8%), preservativo masculino (12,9%), injeção contraceptiva (3,5%) e esterilização masculina (3,3%).

No Brasil, o Ministério da Saúde financia e compra os contraceptivos e insumos no âmbito do Programa Saúde da Mulher. O acesso aos medicamentos essenciais constitui um dos eixos norteadores das políticas de medicamentos, conforme portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 e de assistência farmacêutica (resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004). Isto posto, é possível saber quais medicamentos estão

## Introdução

disponíveis na rede SUS através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2017:

### 1. Pílulas anticoncepcionais:

- a) etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg e
- b) noretisterona 0,35 mg.

### 2. Injetáveis:

- a) acetato de medroxiprogesterona 150mg e 50 mg e
- b) Enantato de noretisterona + valerato de estradiol (50 mg/mL + 5 mg/ml).

### 3. Contraceptivos de emergência:

- a) levonorgestrel 0,75 mg e
- b) misoprostol 0,025 mg e 0,2 mg.

Como se observa, pelo acima exposto, não há previsão de oferta em rede pública de métodos anticoncepcionais modernos, entre eles endoceptivo, adesivo transdérmico, anel vaginal e implante subdérmico. Mesmo entre as pílulas observa-se apenas duas opções (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg e noretisterona 0,35 mg.

### **1.6 Acesso a métodos anticonceptivos e informações sobre planejamento familiar no Brasil.**

Foi com o artigo 226, em seu parágrafo 7º, da Constituição Federal do Brasil (1988), que se firmou o entendimento de que o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. Coube, entretanto, a Lei n. 9.263/96 detalhar e caracterizar a obrigatoriedade das instâncias gestoras do SUS fornecerem métodos anticonceptivos, informar sobre a regulação da fecundidade e serem responsáveis pela capacitação técnica dos profissionais envolvidos. Ainda que a lei não tenha especificado quais métodos anticonceptivos estariam disponíveis, deixou claro que seriam oferecidos todos os métodos de contracepção cientificamente aceitos, inclusive os cirúrgicos (ligadura e vasectomia).

O Ministério da Saúde dispôs em 2002 do manual técnico sobre assistência em planejamento familiar detalhando que a atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades: educativas; aconselhamento e atividades clínicas.

Quanto as atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha do método anticonceptivo e promover reflexões sobre o tema anticoncepção e sexualidade. Preferencialmente devem ser realizadas em grupo, antes da primeira consulta e reforçadas por ação educativa individual. Cada serviço deve adotar a metodologia de trabalho que melhor se adapte às disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço, respeitando a troca de informações e experiências baseadas nas vivências de cada participante do grupo.

No que diz respeito ao aconselhamento, este deve ser entendido como processo centrado no indivíduo e pressupor a identificação da demanda do indivíduo ou casal, bem como avaliar riscos para a infecção pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Com relação a atividades clínicas a primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas e inclui a anamnese, exame físico geral e ginecológico, solicitação de exames que se fizerem necessário e análise da escolha e prescrição do método

## Introdução

anticoncepcional. As consultas de retorno, periódicas e contínuas ao longo do tempo, visam reavaliar a adequação do método escolhido bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

No quesito disponibilidade, o Ministério da Saúde cita que o acesso gratuito aos métodos anticonceptivos é condição fundamental, dado o fato de que grande parte da população não tem condição de custear o método escolhido.

Em 2010 o Ministério da Saúde, com foco nas equipes de Saúde da Família, lançou o manual de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Conforme o manual o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu a partir de 2006 e em 2007 foi elaborado o Programa Mais Saúde: Direito de Todo(a)s, no qual uma das medidas propostas era a expansão das ações de planejamento familiar. Citava que a atenção em planejamento familiar implicava não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações. Realçava ainda a necessidade do envolvimento (corresponsabilidade) dos homens. O manual cita que foram estabelecidos, e de forma gratuita, oito métodos contraceptivos nas unidades básicas de saúde: anticoncepcional injetável trimestral, anticoncepcional injetável mensal, pílula oral combinada, diafragma, DIU, preservativo (masculino e feminino), pílula de emergência e minipílula.

A despeito das garantias legais que regulamenta o planejamento familiar, Osis et al (2006) cita que a atenção ao planejamento familiar no Brasil continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde. Reitera a existência de problemas crônicos tais como a quem é de dever comprar e como garantir que os métodos anticoncepcionais estejam disponíveis em quantidade e variedade adequadas.

Segundo Olsen (2018), embora o DIU de cobre esteja disponível no SUS, poucas vezes é oferecido às mulheres. Anel, adesivo e implante não foram incorporados pelo Ministério da Saúde. Relata ainda que em 2016 a secretaria municipal de saúde de São Paulo havia iniciado um projeto para o uso de implante em adolescentes. Destaca que para obtenção de contracepção de emergência 94,2% das usuárias a buscaram na rede privada de farmácia e nenhuma referiu o SUS como fonte do método. Contudo, a rede

## Introdução

pública de saúde foi lembrada como fonte de injetáveis em 60,3% das vezes e que 70,7% das usuárias de pílulas nunca procuraram o SUS para obtê-las.

Gonzaga (2017), em estudo envolvendo municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais, cita-se que o acesso ao DIU apresentava problemas tais como a não disponibilização ou o excesso de critérios desnecessários para disponibilizá-lo. Dentre os municípios, 53,7% não disponibilizavam o DIU nas unidades básicas de saúde e dentre os que disponibilizam 68,7% não possuíam protocolo específico.

Coelho (2000) ao estudar a política do planejamento familiar em João Pessoa (Paraíba, Brasil), observou baixa resolutividade das enfermeiras da rede pública. Para o autor foi observado dificuldade de interação na equipe multiprofissional e pouca participação efetiva do(a) médico(a), tanto na assistência em planejamento familiar quanto nas atividades educativas.



## Introdução

### **1.7 Organização da rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista.**

Vitória da Conquista é uma cidade localizada no sudoeste do estado da Bahia, no Brasil, com as seguintes características e de acordo com dados oficiais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística):

- a) população estimada em 338.885 pessoas (2018), ocupando a 78ª posição no Brasil (que contém 5570 municípios) e a 3ª no estado da Bahia.
- b) salário médio mensal dos trabalhadores formais (2017) no valor de dois salários mínimos (o equivalente a R\$ 1996,00), ocupando a 1938ª posição nacional,
- c) PIB per capita (2017) de R\$ 18.589,99 (2495ª posição),
- d) taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010) de 96,8% (3870ª posição),
- e) taxa de mortalidade infantil (2017) de 14,8 óbitos por mil nascidos vivos (1962ª posição) e
- f) esgotamento sanitário adequado (2010) de 58,3% (1888ª posição).

Quanto à rede municipal de saúde é regida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que estabeleceu regras referentes à Política Nacional de Atenção Básica.

A portaria estabelece que para a realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal faz-se necessário a criação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

Recomenda-se que disponibilizem:

- 1. consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;
- 2. área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos

## Introdução

(quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros. Devem ainda possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente.

A portaria também estipula que deve ser observada a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Quanto a organização das unidades de saúde a portaria estabelece:

I - Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família, em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes.

II - Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes.

III - Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas.

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

Ressalte-se que Vitória da Conquista aderiu ao Programa Saúde na Escola – PSE, instituído em 5 de dezembro de 2007 através do Decreto Presidencial nº 6.286. Tal programa foi resultado de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação tendo como perspectiva a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde. São previstas as seguintes ações, entre outras:

I - Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde.

## Introdução

II - Promoção da alimentação saudável, de práticas corporais e de atividades físicas nas escolas, **da educação para a saúde sexual e reprodutiva** (grifo nosso), da prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, da promoção da cultura de paz e prevenção das violências, da promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

Isto posto, toda estruturação da rede básica do SUS da cidade de Vitória da Conquista se fundamenta na portaria nº 2.488 e está definida em sete Unidades Básicas de Saúde, 16 Unidades de Saúde da Família na zona urbana e 14 Unidades de Saúde da Família na zona rural.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Caracterizar se na rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista o(a)s utentes têm assegurado os recursos para o livre exercício do planejamento familiar, conforme preconizado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

### **2.2 Objetivos específicos**

a) Caracterizar na rede pública a forma como são disponibilizadas as informações sobre planejamento familiar.

b) Caracterizar quais são os métodos anticoncepcionais existentes na rede pública de saúde e qual a disponibilidade dos mesmos.

### **3. Materiais e métodos**

#### **3.1 Área geográfica do estudo.**

O estudo foi realizado na cidade de Vitória da Conquista, acima detalhada, localizada em região considerada de trópico seco e tendo como bioma a caatinga e a Mata Atlântica.

#### **3.2 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo de natureza descritiva, transversal, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, realizado na rede de saúde pública do município de Vitória da Conquista, durante o período de junho a julho de 2019.

#### **3.3 População alvo e local de coleta de dados.**

O presente estudo teve como local de coleta as unidades de saúde da cidade de Vitória da Conquista. Foram visitadas 37 unidades de um total de 37.

Participaram da pesquisa o gestor (coordenador responsável pela unidade de saúde) e utentes (usuário(a)s) que frequentam as respectivas unidades.

#### **3.4 Coleta de dados**

##### **3.4.1 Coleta de dados do gestor da unidade de saúde.**

Foram visitadas as unidades de saúde e após apresentação ao gestor (coordenador) foi realizado o convite para participar da pesquisa. Foi colhida a assinatura do termo de consentimento e realizado entrevista estruturada através de questionário contendo 16 perguntas fechadas detalhando: se havia na unidade de saúde um serviço específico de planejamento familiar, qual o profissional que fazia parte desse serviço e quais as ações de informação que eram realizadas na unidade, na comunidade e nas escolas. Por fim, qual a percepção do gestor sobre a disponibilidade dos métodos anticonceptivos, ou seja, se estão a disposição dos utentes sem interrupções no fornecimento (anexo 1).

## Materiais e métodos

Terminada a entrevista foi realizado visita ao estoque de métodos anticoncepcionais e preenchimento de formulário específico detalhando quais métodos estavam disponíveis no momento, qual a composição e dosagem dos métodos hormonais e se havia: preservativo masculino, feminino e contracepção de emergência (anexo 2).

### **3.4.2 Coleta de dados do(a)s utentes.**

Com o objetivo de validar o questionário a ser aplicado aos utentes foi realizado, inicialmente, projeto piloto com utentes da rede pública de saúde da zona rural e urbana, com a finalidade de compreender as possíveis dificuldades de preenchimento do questionário. Identificadas dificuldades e feitas as devidas correções foi optado por questionário contendo alguns dados sociodemográficos e 18 questões de perguntas fechadas detalhando: qual método anticoncepcional o(a) entrevistado(a) usava, quem o prescreveu, qual informação haviam tido sobre planejamento familiar, onde teve a informação e com quem, bem como a percepção individual sobre interrupções no fornecimentos dos métodos anticoncepcionais. Por fim foi interrogado sobre os métodos anticoncepcionais que conhecia ou tinha ouvido falar e há quanto tempo frequentava a unidade de saúde (anexo 3).

Foi optado por realizar entrevista estruturada com questionário já detalhado uma vez que quando deixado para ser entregue em outro momento corria-se o risco de um percentual significativo de perda de dados, fato percebido em nosso projeto piloto.

Foram selecionadas as três unidades que dispunham de sala de reunião, uma vez que isto evitaria possível constrangimento do(a) usuário(a) em responder as questões contendo dados pessoais em sala de espera, ao lado de outras pessoas. Todos os utentes em sala de espera foram convidados a participar da pesquisa e quando aceitaram preencheram o termo de consentimento informado (ou termo de assentimento quando se tratava de idade inferior a 18 anos).

Foi optado por entrevistar o maior número possível de utentes durante duas semanas consecutivas, em turnos variados, tendo como critério de inclusão:

a) Idade: mulheres entre 15 e 45 anos (idade fértil) e homens a partir de 15 anos (sem limite de idade superior).

## Materiais e métodos

b) Ser usuário da unidade de saúde.

Utentes que não se disponibilizaram a participar na referida pesquisa em momento inicial ou que aceitaram, mas não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram excluídos da pesquisa.

### **3.4.3 Coleta de dados do gestor da unidade responsável pelos métodos cirúrgicos e inserção de DIU.**

Uma vez sendo oferecido métodos cirúrgicos (ligadura tubária e vasectomia) e inserção de DIU, foi realizada entrevista com o gestor do serviço público responsável pelos procedimentos. Assim sendo, foi entregue novo termo de consentimento, após o convite para participar da pesquisa, e procedido a entrevista estruturada com questionário contendo 11 perguntas fechadas detalhando: se havia no local um serviço específico de planejamento familiar, qual o profissional que fazia parte desse serviço e quais as ações de informação eram realizadas na unidade. Por fim, qual a sua percepção sobre a facilidade em ser realizar procedimentos cirúrgicos e inserção de DIU, quantos procedimentos são realizados anualmente e qual a fila de espera para estes procedimentos.

## **3.5 Comitê de Ética**

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e aprovado sob o protocolo de número 94887218.2.0000.005

## **3.6 Análise de dados**

Para a o estudo das planilhas foi optado pelo uso do programa Microsoft Excel na versão 16.26.

## 4. Resultados

### 4.1 Introdução

Foram visitadas 37 unidades de saúde de um total de 37. Em uma das unidades o gestor estava de férias, contudo, foi possível o acesso ao estoque de métodos anticoncepcionais. Em todas as unidades visitadas o gestor concordou em participar na pesquisa.

### 4.2 Resultados de questionários dirigidos a gestores.

Foi observado que não há na rede pública de saúde um serviço específico de planejamento familiar, isto posto, cada unidade de saúde é responsável pelo planejamento familiar da sua área de abrangência.

Quanto a formação dos gestores todos possuem curso superior em enfermagem e em nenhum caso foi observado gestão médica.

#### 4.2.1 Profissionais responsáveis pelo planejamento familiar.

Perguntado que profissionais faziam parte do serviço de planejamento familiar da unidade de saúde foi observado que em 80,6% das vezes era composta apenas pelo(a) enfermeira(o); em 11,1 % o clínico geral também estava envolvido e o ginecologista foi lembrado em apenas 8,3% das vezes, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Profissionais que compõem a equipe de planejamento familiar.

	N	%
Enfermeira(o)	36	80,6
Enfermeira(o) com o clínico geral	4	11,1
Enfermeira(o) com o ginecologista	3	8,3
Total	36	100,0



#### 4.2.2 Tipos de informação disponíveis aos utentes.

Quanto a ações que dizem respeito a disponibilização de informações sobre os métodos anticonceptivos existentes e direcionadas aos utentes da unidade de saúde, foi observado que em 77,8% das unidades são realizadas palestras utilizando-se, regra geral, álbum seriado (coleção de folhas organizadas que contém gravuras, textos ou gráficos), livreto e kit contendo preservativos e caixas de medicações. Em 72,4 % das respostas afirmativas a realização das palestras se dá frequentemente. Foi observado que as palestras são realizadas quase sempre na sala de espera ou feita exposição individual a cada paciente no momento da consulta, a depender da demanda de utentes que buscam o planejamento familiar. Em apenas duas unidades de saúde foram encontradas pequenas salas de reunião adequadas para palestras ou encontros. Em uma terceira há sala de reunião que também é usada como parte do refeitório.

Quanto a ações educativas na comunidade tais como palestras e encontros, foi observado que em 58,3% das unidades são realizadas palestras (ou encontros) na comunidade, contudo, para 81% das repostas elas ocorrem raramente ou às vezes e somente em 15% frequentemente. Apenas 4,8% afirmaram que sempre são realizadas. Em uma das unidades houve o relato de que uma vez foi realizado palestra na igreja a pedido do pastor. Quanto a existência de panfletos contendo informações sobre planejamento familiar em 91,7% das unidades não estão disponíveis, conforme tabela 2.

Tabela 2- Presença de panfleto nas unidades de saúde

	N	%
Não existe	33	91,7
Existe	3	8,3
Total	33	100,0

Com relação a ações educativas em escolas, como palestras ou encontros, foi observado que 61,1% dos gestores responderam que eram realizadas tais ações. Contudo, de todos que fazem ação educativa, 90,9% responderam que as fazem raramente ou às vezes, conforme gráfico 1. Foi relatado que quase sempre a ação do planejamento familiar se dá juntamente com outros programas, entre eles, o programa saúde na escola, em que

## Resultados

diferentes temas são abordados, como por exemplo doenças sexualmente transmissíveis e vacinação.

Em uma das unidades o gestor relatou ter receio em levar informações sobre planejamento familiar às escolas e ser mal interpretado, ou seja, ser questionado por familiares se não estaria incentivando a liberdade sexual nos jovens.

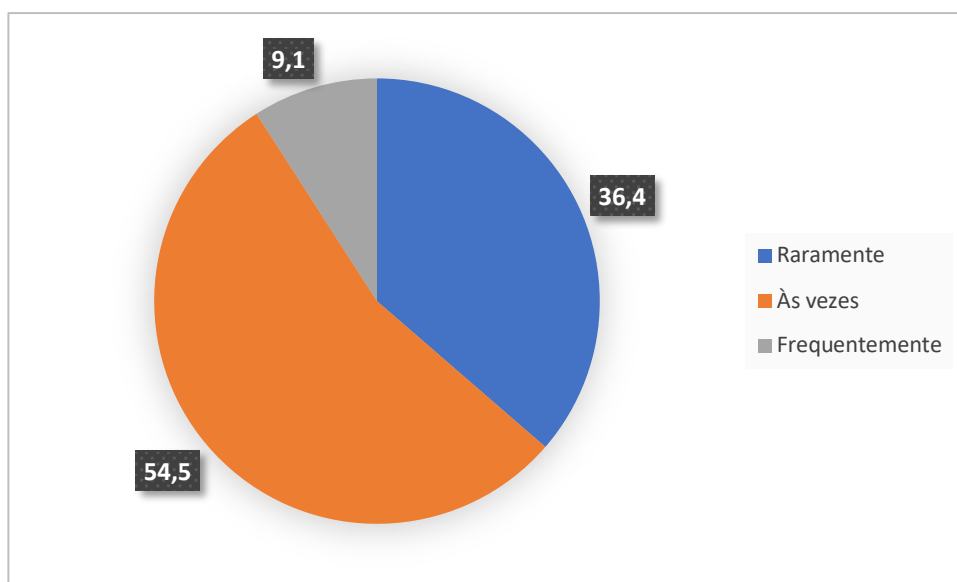


Gráfico 1 - Frequência de ações sobre planejamento familiar nas escolas.

Quanto ao gênero que frequenta o planejamento familiar foi relatado que os homens nunca ou raramente comparecem e quando o fazem é para solicitar vasectomia e nesta situação são casados ou vivem em união estável.

Tabela 3- Frequência dos homens em consulta de planejamento familiar.

	N	%
Nunca	3	8,3
Raramente	25	69,4
Às vezes	7	19,4
Frequentemente	1	2,8
Sempre	0	0,0
Total	36	100,0

## Resultados

### 4.2.3 Percepção do gestor quanto a facilidade de acesso a métodos e informações na unidade de saúde.

Interrogados sobre se achavam fácil um(a) utente da unidade de saúde realizar consulta de planeamento familiar 55,6% dos gestores disseram concordar totalmente e 30,6% parcialmente. Discordaram parcialmente 11,1% e totalmente ninguém, conforme tabela 4.

Tabela 4- Percepção do gestor quanto a facilidade de consulta em planeamento familiar

	N	%
Discordo totalmente	0	0,0
Discordo parcialmente	4	11,1
Não concordo e não discordo	1	2,8
Concordo parcialmente	11	30,6
Concordo totalmente	20	55,6
Total	36	100,0

Quanto a facilidade de ligadura tubária (laqueação de trompas) pelo SUS 66,7% discordaram, ainda que parcialmente, e apenas 5,6% concordaram totalmente, conforme tabela 5.

Tabela 5- Percepção do gestor quanto a facilidade de ligadura pelo SUS.

	N	%
Discordo totalmente	5	13,9
Discordo parcialmente	19	52,8
Não concordo e não discordo	0	0,0
Concordo parcialmente	10	27,8
Concordo totalmente	2	5,6
Total	36	100,0

## Resultados

Quanto ao fornecimento de pílulas de forma regular, ou seja, sem interrupções no estoque, apenas 2,8% responderam que as mesmas jamais faltam e para 75% há falhas no fornecimento do método, conforme tabela 6.

Tabela 6- Percepção do gestor sobre o fornecimento regular de pílulas pela unidade de saúde.

	N	%
Discordo totalmente	12	33,3
Discordo parcialmente	15	41,7
Não concordo e não discordo	0	0,0
Concordo parcialmente	8	22,2
Concordo totalmente	1	2,8
Total	36	100,0

Quanto aos métodos injetáveis, nenhum dos gestores respondeu que não há falta do método no estoque da unidade e 80,6% há falhas no fornecimento, conforme tabela 7.

Tabela 7- Percepção do gestor sobre o fornecimento regular de injetáveis pela unidade de saúde.

	N	%
Discordo totalmente	15	41,7
Discordo parcialmente	14	38,9
Não concordo e não discordo	0	0,0
Concordo parcialmente	7	19,4
Concordo totalmente	0	0,0
Total	36	100,0

Com relação ao encaminhamento para médico especialista em planejamento familiar (regra geral o ginecologista), quando há dúvidas sobre um determinado quadro clínico, 47,2% responderam ser fácil o mesmo, contudo, para 52,8 % ainda é difícil o encaminhamento.

Quanto demandados se tiveram algum tipo de capacitação para atenderem às demandas do planejamento familiar, 50% disseram que sim e 50% que não receberam capacitação alguma. Para 91,4% dos gestores não há encontros promovidos pela

## Resultados

secretaria municipal de saúde, com os demais profissionais envolvidos no planejamento familiar da rede pública, para que sejam debatidas questões ou feitas atualizações.

### **4.3 Resultados de visita ao estoque de métodos anticoncepcionais**

Em todas as unidades visitadas é a(o) enfermeira(o) quem entrega o método anticoncepcional e quando realizado a visita ao estoque de métodos disponíveis foi observado que, regra geral, existia somente um único tipo de pílula combinada disponível, contendo 30 mcg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel, presente em 94,6% das unidades visitadas. Em 8,1% das unidades foram encontradas algumas caixas de pílula contendo 20 mcg de etinilestradiol decorrente de doações realizadas por médicos da unidade de saúde.

Quanto ao método anticoncepcional para puérperas foi observado a presença de um único tipo de pílula contendo 0,35 mg de noretisterona e que estava presente em 97,3% das unidades.

Com relação aos injetáveis há, regra geral, somente os que contêm acetato de medroxiprogesterona na dose de 150 mg (injetável trimestral) em 97% das unidades. A dosagem mensal, 50 mg acetato de medroxiprogesterona, estava presente em apenas 5,4% das unidades. Quanto ao método hormonal combinado em 83,8% das unidades pesquisadas não estavam disponíveis e em 16,2% estavam presentes na composição de 50 mg/ml de enantato de noretisterona + 5 mg/ml valerato de estradiol.

O preservativo masculino estava presente em 94,6% das unidades e o feminino em 48,6%. Conforme relato dos gestores o preservativo feminino tem pouca aceitação por parte das utentes.

Quanto ao DIU, pelo fato da sua inserção ser procedimento médico, todas as utentes da rede são encaminhadas para dois locais específicos e sua análise será feita a seguir. Um dos gestores relatou que uma utente comprou e trouxe o endoceptivo para ser inserido, entretanto, não conseguiu colocá-lo na rede pública, sendo encaminhada para clínica particular.

Pílula do dia seguinte ou contracepção de emergência, na composição de levonorgestrel 0,75mg, estava presente em 75,7% das unidades de saúde.

Em nenhuma unidade foi encontrado endoceptivo, anel vaginal, adesivo, implante ou diafragma.

## Resultados

### **4.4 Resultados dos questionários dirigidos aos utentes.**

#### **4.4.1 Características sociodemográficas.**

Dos 48 utentes entrevistados 85,4% eram do sexo feminino e 14,6% do sexo masculino, todos com idade superior a 18 anos. Em uma única situação uma utente que aceitou o convite para participar da pesquisa não foi entrevistada por ser menor de idade e estar desacompanhada dos pais, impossibilitando a assinatura do termo de assentimento proposto pela comissão ética da universidade.

Quanto ao grau de escolaridade a média do número de anos estudados foi de 9,4 anos e quanto ao número de filhos foi obtida uma média 1,6 filhos.

Com relação à renda, 66,7% declararam receber até 1 salário mínimo (valor do salário mínimo vigente igual a R\$ 998,00 ou 237,02 euros), 16,7% até dois e 16,7% acima de dois salários mínimos. A média calculada ficou em 1,5 salários mínimos.

## Resultados

### 4.4.2 Percepção da importância do planejamento familiar e métodos em uso.

Falar sobre planejamento familiar foi declarado como sendo muito importante para 100% dos entrevistados e 72,9% disseram usar algum método para evitar filhos. Dos métodos em uso pelos utentes não houve referência a endoceptivo (DIU com hormônio), anel vaginal, adesivo, implante ou diafragma. Método natural foi citado por apenas um entrevistado. Preservativo feminino foi citado por apenas 2,9% dos entrevistados. Para as mulheres a pílula foi o método mais citado por 20% dos entrevistados. Injetável trimestral foi citado por 11,4% e mensal por 5,7%, conforme tabela 8.

Tabela 8- Método anticonceptivo em uso.

	N	%
Condom masculino	8,0	22,9
Condom feminino	1,0	2,9
Pílula	7,0	20,0
Injetável mensal	2,0	5,7
Injetável trimestral	4,0	11,4
DIU	7,0	20,0
Endoceptivo	0,0	0,0
Anel vaginal	0,0	0,0
Adesivo	0,0	0,0
Implante subdérmico	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0
Vasectomia	3,0	8,6
Ligadura	2,0	5,7
Método natural	1,0	2,9
Total	35,0	100,0

Quando a pergunta foi sobre quem havia prescrito o método em uso, o(a) médico(a) foi referido por 42,1% e a enfermeira por 23,7% dos participantes. Para 28,9% o método foi escolhido por acaso.

De um total de 45 indivíduos que responderam à questão, 68,9% disseram saber que na unidade de saúde havia planejamento familiar a disposição dos utentes e 31,1 % disseram desconhecer esta informação.

## Resultados

### 4.4.3 Percepção do acesso a informação sobre planejamento familiar na unidade de saúde.

Quando perguntado se algum(a) médica(o) ou enfermeira(o) já havia conversado sobre planejamento familiar com o(a)s utentes 48,9% disseram não se lembrar e 36,2% referiram que a(o) enfermeira(o) já havia feito esta abordagem, conforme tabela 9.

Tabela 9- Algum(a) médica(o) ou enfermeira (o) já conversou com você sobre planejamento familiar?

	Clínico Geral	Ginecologista	Enfermeira(o)	Não me lembro	Total
N	4	4	17	23	48
%	8,5	8,5	36,2	48,9	100,0

Quando a pergunta foi se o(a)s utentes já haviam participado de alguma palestra (ou encontro) explicando sobre métodos anticoncepcionais existentes, 34 responderam que sim, correspondendo a 70,8%, sendo que na maioria das vezes a palestra se deu na própria unidade de saúde, conforme gráfico 2. Responderam que não haviam participada de alguma palestra 14 indivíduos (29,2%).

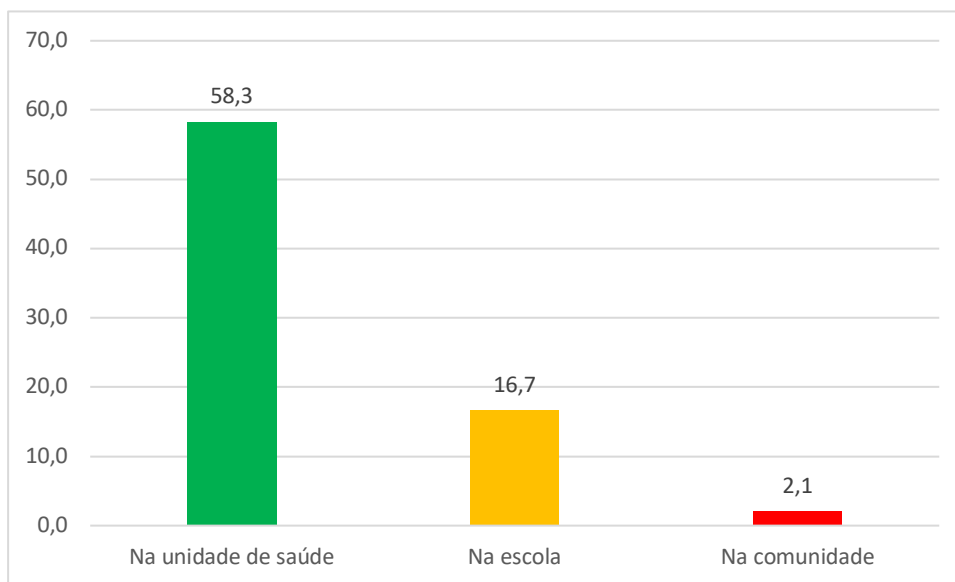


Gráfico 2 - Você já participou de alguma palestra sobre métodos anticoncepcionais?

Perguntado se já haviam visto algum panfleto, cartaz, ou banner, sobre planejamento familiar, na unidade de saúde, 51,1% disseram que sim e 48,9% disseram que não.



## Resultados

### 4.4.4 Percepção dos usuários quanto a facilidade de acesso a métodos anticonceptivos.

Quando afirmado que os utentes da unidade de saúde têm acesso fácil ao serviço de planeamento familiar, ou seja, conseguem marcar uma consulta e serem atendidos, 45,8% das 48 respostas disseram concordar e 43,8% discordaram.

Tabela 10- O utente tem acesso fácil ao serviço de planeamento familiar.

	N	%
Discordo totalmente	6,0	12,5
Discordo parcialmente	15,0	31,3
Não concordo e não discordo	5,0	10,4
Concordo parcialmente	11,0	22,9
Concordo totalmente	11,0	22,9
Total	48	100

Afirmado que pílulas são fornecidas pela unidade de saúde de forma habitual, sem falhas no fornecimento, ou seja, estão sempre disponíveis no estoque da unidade de saúde, 40,4% discordaram e 29,8% concordaram (não concordam nem discordam 29,8%), contudo, apenas 4,3% concordaram totalmente. Quando a afirmativa foi referente a injetáveis a discordância subiu para 50% e a concordância diminuiu para 18,8% (não concordam e nem discordam 31,3%), conforme gráfico 3. Concordância total foi observado em apenas 6,3%.

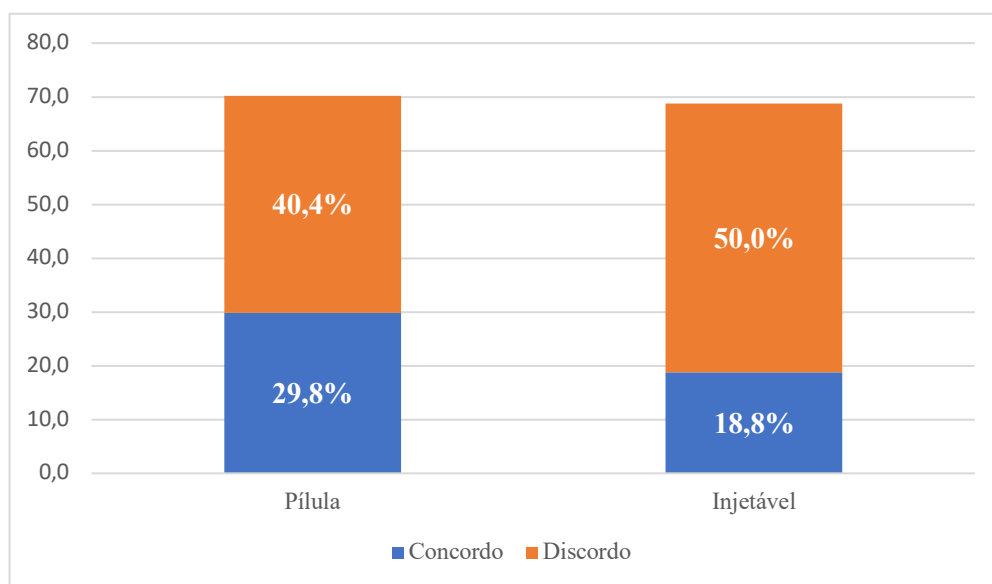


Gráfico 3 -

Pílulas e injetáveis são fornecidos de forma regular, sem falhas de fornecimento.

## Resultados

Com referência a preservativo 51,1% concordam que não há falhas de fornecimento, sendo que para 31,9% a concordância é total. Disseram não concordar e não discordar o mesmo percentual de 31,9%.

Perguntados se já haviam usado contracepção de emergência, 46 utentes responderam à questão e destes 54,3% disseram que sim, já haviam usado o método pelo menos uma vez.

Perguntado sobre que métodos conheciam ou ouviram falar foi observado que, embora inexistam na unidade de saúde, endoceptivo, anel vaginal, adesivo, implante e diafragma foram lembrados por 25%, 39,6%, 29,2%, 8,3% e 43,8% dos respondentes, respectivamente. Os outros métodos por serem mais antigos e amplamente divulgados foram lembrados em percentual maior, conforme tabela 11.

Tabela 11- Quais métodos anticoncepcionais você conhece ou ouviu falar?

	N	%
Camisinha masculina	40	97,9
Camisinha feminina	46	83,3
Pílula	43	95,8
Injeção	42	89,6
DIU	12	87,5
Endoceptivo (Diu com hormônio)	12	25,0
Anel vaginal	19	39,6
Adesivo transdérmico	14	29,2
Implante subcutâneo	4	8,3
Diafragma	21	43,8
Vasectomia	37	77,1
Ligadura tubária	38	79,2
Pílula do dia seguinte	42	87,5

Perguntados há quanto tempo frequentavam a unidade de saúde, 42 indivíduos responderam à questão resultando em média de 8,9 anos.

### **4.5 Resultados de entrevista com o responsável da unidade com procedimentos cirúrgicos e inserção de DIU.**

Foi realizada visita ao hospital municipal Esaú Mato, unidade que realiza procedimentos cirúrgicos (vasectomia e laqueação das trompas) e inserção de dispositivo intrauterino (DIU). O hospital é referência em gestação de alto risco na região sudoeste da Bahia e realiza em média 500 partos ao mês. Para a entrevista foi convidada a responsável pelo planejamento familiar.

Inicialmente foi relatado que inexistia serviço de planejamento familiar no hospital, contudo, foi observado que os utentes compareciam ao hospital, para a realização dos procedimentos solicitados, com exames e documentos errados, o que motivou a criação de um serviço específico para correção de falhas. São oferecidas 100 vagas de consulta em planejamento familiar mensalmente. As palestras são realizadas em média duas vezes por semana focadas em orientações sobre os procedimentos para os quais os utentes foram encaminhados. Também são realizadas explicações sobre outros métodos não cirúrgicos na tentativa de melhorar o entendimento dos usuários, já que comparecem com a ideia fixa em ligadura ou vasectomia. Não há dispensação de medicamentos, isto compete a cada unidade de saúde. A equipe responsável pelo planejamento familiar é composta de uma enfermeira e dois médicos ginecologistas responsáveis pelos procedimentos. Tendo em vista a dinâmica do hospital, cuja prioridade é atender às pacientes em trabalho de parto, os procedimentos cirúrgicos são realizados por equipe médica distinta da que compõe o plantão de urgência. Em média são realizadas três a quatro vasectomias por semana com fila de espera de 6 meses. Anualmente são realizados em média 144 vasectomias. Quanto as laqueações de trompas são realizadas 5 cirurgias por semana com fila de espera de 60-70 dias. Anualmente são realizadas em média 240 laqueações tubárias.

Em entrevista foi observado que a rede pública de saúde mental tem encontros mensais para a troca de dúvidas e informações, contudo, na rede pública de planejamento familiar há falta de articulação com os envolvidos e inexistem encontros para troca de ideias e experiências individuais.

Quanto ao DIU foi relatado que no hospital não há fila de espera para a inserção do mesmo e que os gestores de saúde desconhecem este dado, já que não há troca de informações. Em média são inseridos 14 dispositivos por semana e anualmente 672.

## Resultados

Em entrevista à médica ginecologista da unidade de saúde básica responsável pela inserção do DIU a mesma referiu que atende a demanda espontânea de pedidos e também não há fila de espera. Em média são inseridos cinco a seis dispositivos por semana.

## **5. Discussão**

No Brasil, desde 1984, através da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o planejamento familiar foi incorporado às ações de atenção integral à saúde e por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), do Ministério da Saúde, foi implementado em todos os municípios brasileiros e, atualmente, a política do planejamento familiar vem sendo desenvolvida em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral não somente à saúde da mulher, mas também do homem e dos(as) adolescentes.

Nesse contexto Vitória da Conquista universalizou o planejamento familiar para todas as unidades de saúde e permite concluir que o mesmo está incluso nas prioridades do SUS e atende aos apelos da Lei n. 9263 que prescreve o planejamento familiar como direito de todo o cidadão.

### **5.1 Discussão sobre respostas dos gestores**

A equipe de planejamento familiar é basicamente centrada na pessoa do(a) enfermeiro(a) (80,6%) havendo pouca participação do médico clínico geral e quase nenhuma do médico ginecologista, destoando do encontrado na literatura.

Em pesquisa realizada por Nagahama (2009) na cidade de Maringá (Paraná, Sul do Brasil), com população estimada de 417.010 habitantes (IBGE), portanto, de porte semelhante a Vitória da Conquista, mais da metade das unidades básicas de saúde (74%) contava com um a quatro médicos capacitados. Todas as unidades da referida pesquisa dispunham de enfermeiro, o que também ocorreu na presente pesquisa.

Quanto a informações disponíveis aos utentes são realizadas palestras pela(o) enfermeira(o) em 77,8% das unidades, sendo que 72,4 % responderam que as mesmas se dão frequentemente.

Para Costa et al (2006) a informação adquirida em práticas educativas constitui um dos requisitos para a autonomia na escolha do método contraceptivo, por conseguinte, ter ou não acesso aos vários métodos define o grau de autonomia das mulheres na escolha do método a ser utilizado. Para a pesquisadora, 89,2% dos municípios brasileiros oferecem práticas educativas visando ao conhecimento do corpo e dos métodos

## Discussão

contraceptivos. Vitória da Conquista, como se depreende, está entre estes municípios. Entretanto, foi observado que não há sala de reunião adequada para a realização de palestras, encontros ou oficinas na maioria das unidades. Chama a atenção o fato do(a) médico(a) não estar presente nas palestras, constatação que também foi observado por Coelho et al (2000) ao investigar a política de planejamento familiar em João Pessoa. O mesmo autor referia que os responsáveis pelas palestras eram a assistente social e a psicóloga e, na falta destas, a enfermeira. Em nossa pesquisa não houve a percepção do envolvimento de profissionais destas áreas (psicologia e assistência social) e acreditamos que a participação destes profissionais engrandeceria de forma significativa a qualidade das palestras. Ainda segundo Coelho, as enfermeiras referiram baixa resolutividade de sua prática pela dificuldade de interação da equipe multiprofissional e pelo não envolvimento dos médicos com a assistência ao planejamento familiar.

Conforme manual técnico de assistência em planejamento familiar do Ministério da Saúde (2002) existem diferentes metodologias de trabalho em grupo e cada unidade de saúde deve utilizar a que melhor se adapte às suas disponibilidades de tempo e espaço. Portanto, utilizar a sala de espera é uma das opções, mas a nosso ver, não a melhor, dado o fato da dispersão da atenção do(a) ouvinte decorrente da entrada e saída de usuários da unidade.

Foi observado também que ter ou não palestra é uma ação discricionária de cada profissional, o que a nosso ver poderia ser uma ação mais uniformizada e ocorrer de acordo com o manual técnico acima citado, que regulamenta a atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção e preconiza, necessariamente (grifo nosso), três tipos de atividades: atividades educativas (preferencialmente realizadas em grupo), aconselhamento e atividades clínicas.

Quanto a atividades clínicas, o manual estabelece que deve existir o exame físico geral e ginecológico com especial atenção ao exame de mamas e, se oportuno, a realização da colpocitologia oncológica. Assim sendo, se há dificuldade de acesso a médico ginecologista entendemos que há uma falha de constituição na equipe do planejamento familiar. A presente pesquisa não teve por escopo o estudo deste dado, contudo, isto pode explicar o motivo de ter aparecido nos dados dificuldade para o encaminhamento a especialista, nos casos em que há dúvidas sobre um determinado quadro clínico, para 52,8% dos gestores ouvidos. Ressalte-se, contudo, que quando

## Discussão

perguntado aos gestores a razão da falta do(a) ginecologista no planejamento familiar ou mesmo do clínico geral a resposta mais ouvida, mesmo nas unidades em que há o referido profissional, é de que o médico tende a considerar pouco a relevância do planejamento familiar. Seja como for, a nosso ver há uma combinação de fatores, ou seja, poucos especialistas nas unidades de saúde, por provável questão de custos operacionais, e pouca discussão do tema em análise entre os profissionais de saúde da rede pública.

Vale ressaltar que em pesquisa de Trad (2011) sobre condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família, realizado em três estados do nordeste brasileiro, sendo um deles a Bahia, houve pesquisa na cidade de Vitória da Conquista e a autora concluiu que as unidades de saúde foram consideradas inadequadas por 57,1% dos entrevistados, o que condiz com nossa percepção individual. Há unidades novas, bem desenhadas, contudo, boa parte precisa de reforma estrutural (recepção pequena, pouco ventilada, sem harmonização) e todas a nosso ver deveriam ao menos dispor de sala de reunião com ar condicionado tendo em vista o desconforto térmico que é habitual no planalto Conquistense (muito quente no verão e muito frio no inverno).

Com relação a ação educativa na comunidade (encontros em igrejas, clubes e associações de bairro, por exemplo), não há recomendação expressa em manuais de planejamento familiar. A nosso ver trata-se de uma boa oportunidade, pois além de integrar a unidade ao local em que está localizada permite troca de vivências e oportuniza inúmeros aprendizados bilateralmente. Trad (2011) relata que esta pouca quantidade de ações na comunidade pode decorrer de uma demanda reprimida para consulta individual. A pesquisadora identificou ainda a falta de capacitação para o trabalho no PSF citando que foi um dado que “emergiu no discurso da grande maioria dos profissionais investigados”. Isto está em consonância com nossos achados pois 50% dos gestores disseram não ter recebido capacitação e para 91,4% não há encontros com os demais profissionais envolvidos no planejamento familiar, o que permitiria a troca de experiências, atualização e solução de eventuais questões. Ainda segundo Trad, Vitória da Conquista se destacou entre os municípios estudados uma vez que investe em estratégias de educação permanente e citou a ofertas de curso sobre saúde mental. Este destaque está em harmonia com dado levantado no hospital Esaú Matos, ou seja, de que há maior valorização da área de saúde mental, já que são realizados encontros mensais, mas a mesma fonte ressaltou que falta articulação das equipes de planejamento familiar.

## Discussão

Quanto a ações educativas em escolas, como palestras ou encontros, foi observado que ocorre às vezes ou raramente, traduzindo perda de oportunidade, tendo em vista ser um bom momento para prevenir gestação em adolescentes, sempre um tema nevrálgico em debates médicos. Conforme manual técnico do Ministério da Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1 (2005), em agosto de 2003 foi lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas em parceria com o Ministério da Educação e tem por objetivo reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não desejada. Atualmente o programa está destinado a adolescentes e jovens, de 13 a 24 anos, ou seja, estudantes do ensino fundamental e médio. Assim sendo, e a nosso ver, falar sobre planejamento familiar não é incentivar o adolescente a iniciar sua vida sexual, mas, orientá-lo para os problemas advindos de uma relação sexual desprotegida e ampliar seus conhecimentos relacionados a esta área do saber.

Ainda na temática do acesso a informação, 51,1% dos entrevistados citaram que já haviam visto, na unidade de saúde, alguma forma de publicidade sobre planejamento familiar, tais como panfletos ou cartazes. Em nenhuma unidade por nós visitada foi observado a presença de cartazes sobre planejamento familiar, contudo, foi observado a presença de cartazes sobre vacinação e aleitamento materno. Também não foi visualizado a presença de panfletos, traduzindo que o tema planejamento familiar ainda não é amplamente debatido e conhecido apesar de ser reconhecido como muito importante por 100% dos utentes entrevistados.

Foi observado pouca participação no planejamento familiar de usuários do gênero masculino. Este achado está de acordo com estudo realizado por Moraes et al (2014) que cita levantamento de 171 prontuários de um serviço de planejamento familiar onde a participação do gênero masculino foi observada em apenas 7,6%, revelando a dificuldade de participação direta do homem. A nosso ver tais achados podem traduzir, entre outras hipóteses, uma questão cultural (os homens delegam a suas mulheres a função de cuidar dos filhos e de os evitar).

Quanto à percepção dos gestores sobre a facilidade de acesso a métodos e informações na unidade de saúde foi observado que os mesmos também percebem falhas



## Discussão

no fornecimento de métodos anticonceptivos e meios de ações educativas. Para eles há percepção de que é fácil a marcação e realização de consulta, com índice de concordância de 86,2%, pois todas as unidades dispõem de planejamento familiar e uma não sobrecarrega a outra, contudo, entendem que ainda há falhas no fornecimento de pílulas e mais ainda com relação aos injetáveis (respectivamente 75% e 80,6 % dos gestores disseram haver falhas no fornecimento). Com relação a laqueadura (laqueação das trompas) 66,7% entendem como difícil o acesso ao método cirúrgico, contudo, quando pesquisado o local que as realiza, no hospital Esaú Matos, a fila de espera está ao redor de 60-70 dias, o que é razoável diante das particularidades e exigências legais envolvidas no método. Contudo, não há canal de comunicação entre as unidades de saúde e a equipe de planejamento familiar do referido hospital, o que acarreta erros de solicitação de exames e na entrega de documentação por parte das utentes. Com relação a vasectomia há fila de espera de 6 meses, o que poderia ser reduzida. Costa et al (2006) em estudo envolvendo 5507 municípios brasileiros ressalta que para a garantia da autonomia na escolha dos métodos contraceptivos deve ser respeitada a disponibilidade dos diferentes métodos e que devem estar disponíveis todo o conjunto de alternativas para que as mulheres não sejam conduzidas a escolher um método face a impossibilidade de escolha de outro, por exemplo, apenas um método estar disponível na unidade de saúde no momento da escolha. Isto posto Vitória da Conquista precisa melhorar a regularidade de fornecimento de métodos anticonceptivos, em especial os injetáveis.

Para Costa et al (2006), o DIU e o diafragma estavam indisponíveis na maior parte dos municípios e mesmo a ligadura não era fornecida em 56,4% dos municípios. Em Vitória da Conquista não há fila de espera para o DIU, o que coloca o planejamento familiar da rede pública em situação privilegiada. Quanto as ligaduras é o método ofertado sem maiores dificuldades. Com relação ao diafragma, inexistiu no serviço de planejamento familiar. Para Costa o uso do diafragma foi muito frequente nos anos 80 por movimentos feministas que promoviam a autonomia da mulher, contudo, a classe médica nunca abraçou esta causa, o que está compatível com nossa vivência como ginecologista desde 1993.

## **5.2 Discussão sobre visita ao estoque de métodos anticonceptivos.**

Foi observado que há essencialmente um único tipo de pílula contendo 30 mcg de etinilestradiol e 0,15 levonorgestrel. Segue a padronização do Ministério da Saúde, contudo, é de se questionar se um único tipo de composição é capaz de atender a todas as pacientes da rede pública sem respeitar as particularidades individuais. Há na indústria farmacêutica diferentes tipos de progestágenos: clormadinona, acetato de ciproterona, levonorgestrel, desogestrel, gestodeno e dienogeste, drogas com diferente seletividade ao receptor de progesterona, bem como ação androgênica diferenciada (o que pode, entre outras alterações, interferir na oleosidade da pele e do couro cabeludo, na presença de acne e retenção hídrica). Os progestágenos da primeira geração são os derivados da testosterona e da progesterona, entre eles a noretisterona. Os compostos com levonorgestrel e a norgestrel constituem a segunda geração de progestagênios. O gestodeno, desogestrel e o norgestimato, a terceira. A drospirenona como progestagênio inaugura a quarta geração. Parece-nos razoável que o Ministério da Saúde deveria ampliar o leque de opções e expandir o acesso das usuárias para progestágenos além da segunda geração. Quanto aos estrogênios, não existem pílulas contendo 15 mcg de etinilestradiol e o estrógeno natural valerato de estradiol. Com relação aos injetáveis há predomínio maciço do trimestral na forma de acetato de medroxiprogesterona na dose de 150 mg. Apesar da alta eficácia contraceptiva, seus efeitos colaterais são sobejamente conhecidos, tais como ganho de peso, alteração do humor, diminuição da libido e sangramento vaginal irregular.

Em pesquisa realizada por Machado et al (2013) envolvendo 952 ginecologistas e 9507 mulheres, foi observado que antes do aconselhamento 66,5% das mulheres afirmaram preferir a pílula, 17,9% o injetável, 8,9% o adesivo e 6,7% o anel vaginal. Após o aconselhamento, 53,7% das mulheres afirmaram preferir a pílula, 16,3% o injetável, 14% o adesivo e 16% o anel. Como se depreende, mesmo após explicação sobre os diferentes métodos a pílula ainda foi o mais escolhido, contudo, emerge da pesquisa a importância de melhor aconselhar as utentes na tomada de decisão e, por dedução, como a falta de um método pode induzir a escolha de outro.

## Discussão

A mesma análise foi feita por Chhabra et al (2016), em estudo na Índia, sendo observado no pré-aconselhamento que 36% das puérperas selecionaram um método contraceptivo, 23,1% um método não-hormonal e 12,8% um método hormonal. Após aconselhamento estruturado 92,25% das mulheres mudaram de opinião e escolheram um método contraceptivo diferente. Para o autor a diferença foi relevante estatisticamente, com os seguintes dados: pílulas somente com progesterona (5,1 vs. 38,46%, ( $p < 0,001$ ); injetável contendo acetato de medroxiprogesterona (2,56 vs. 21,356%, ( $p < 0,01$ ); e dispositivo intrauterino (10,28 vs. 23,92%, ( $p < 0,001$ ). Conclui o autor dizendo que o aconselhamento estruturado sobre métodos contraceptivos, usando protocolo padronizado, apresentou melhoria significativa na escolha de métodos pelas puérperas.

Quanto a anticoncepção de emergência (também conhecida como pílula do dia seguinte), conforme dados de Olsent et al (2018), sua comercialização foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999, mas seu fornecimento a municípios através da rede SUS foi irregular até 2004, quando foi ampliada sua distribuição nas unidades básicas de saúde e feita difusão de informações técnicas aos profissionais envolvidos. Contudo, lembra a pesquisadora, seu acesso ainda é dificultado e cita como um dos empecilhos o fato das unidades funcionarem em horário comercial, não surpreendendo que, em seu estudo, quase todas as usuárias que utilizaram o método o compraram na farmácia da rede particular e enfatiza dizendo que a farmácia foi fonte predominante de todos os contraceptivos por meio de pagamento não subsidiado, exceto no caso do injetável.

Reforçando as palavras de Olsen, o Ministério da Saúde, no ano de 2011, editou caderno intitulado “Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde”. Entre os destaques está o papel que cabe ao setor público de capacitar os profissionais de saúde quanto ao método, para melhor prescrição e aconselhamento, bem como a facilitação de acesso e a necessidade de programas de educação e informação para usuárias. Por fim, ressaltou a importância de que a informação chegue até a mulher antes que ela venha a necessitá-la.

## Discussão

Nas unidades pesquisadas, contudo, o método estava presente em 75,7% e sendo referido pelos gestores como método anticonceptivo pouco procurado. Não foi possível concluir se as utentes sabiam que havia o método na unidade de saúde, contudo, não parece razoável que 24,3% dos estoques pesquisados não o tenham a disposição. Para Olsen (2018), em sua amostra com aproximadamente 618 jovens de 15 a 19 anos, 60% das jovens que haviam tido relação sexual usaram a contracepção de emergência alguma vez na vida. Este percentual demonstra que o método está longe de ser pouco usado por mulheres em idade fértil. Na presente pesquisa 54,3% das usuárias (de um total de 46 que responderam à questão) disseram que já haviam usado o método pelo menos uma vez.

A nosso ver, e mais uma vez, falta ações de educação nas escolas, comunidades e utilização ampla de cartazes e panfletos. Não é infrequente na nossa vivência pessoal, como médico e ex-aluno do curso de direito, a vítima de estupro lembrar das questões legais decorrentes da violência que sofreu e esquecer dos cuidados médicos (prevenção do HIV e da gestação).

### **5.3 Discussão sobre questionários dirigidos aos utentes.**

No planeamento familiar de Vitória da Conquista foi observado que a presença masculina se dá de forma pouco frequente, conforme já discutido. Chama atenção na pesquisa o número de filhos, média de 1,6, o que está conforme a taxa brasileira de fecundidade, no ano de 2016, no valor de 1,69 e dados da Bahia, no valor de 1,71, conforme dados do IBGE. Quanto à escolaridade (média de 9,4 anos estudados) e renda, traduzem o perfil da média brasileira. Fica claro que o Brasil precisa avançar para que todos tenham, pelo menos, o ensino médio completo (equivalente a 12 anos de estudo).

Quanto a percepção da importância do planeamento familiar 100% dos entrevistados referiram o tema como muito importante e 72,9% disseram usar algum método para evitar filhos. Estes achados estão em harmonia com Olsen (2018) que encontrou prevalência de anticoncepção em 81% da sua amostra, em que pese o fato de ter sido sua pesquisa realizada somente com mulheres. A autora refere também que a maioria das mulheres comprou o método contraceptivo na rede comercial de farmácias (75,2%) sendo que o SUS foi fonte relevante apenas para injetável. Pode-se inferir que se tivesse maior variedade de métodos hormonais na rede pública este percentual poderia diminuir de forma significativa.

Em nossos dados o método usado foi escolhido por acaso em 28,9% traduzindo, novamente, que há carência de informação na rede pública, já que frequentam a unidade de saúde, em média, há 8,9 anos. Isto também está em sintonia com o percentual de 31,1% dos entrevistados que responderam desconhecer se havia planeamento familiar na unidade, bem como o fato de que para 47,9% não havia lembrança se algum profissional da saúde já havia conversado com eles sobre o tema planeamento familiar.

Quando perguntado se já haviam participado de alguma palestra sobre métodos anticonceptivos os achados estão em acordo com o referido pelo gestor da unidade, contudo, 29,2% disseram que não, o que demonstra que mais ações educativas devem ser realizadas não só na próprias unidades mas na escola, da onde vêm todos os que participaram da pesquisa.

## Discussão

Quanto a facilidade de acesso a consulta do planejamento familiar 45,8% dos utentes reconheceram que é fácil marcar uma consulta no planejamento familiar e serem atendidos com relativa brevidade. Este achado está aquém da percepção por parte dos gestores, para quem o acesso é fácil em 87,9% das unidades. Isto pode traduzir falta de mais profissionais para integrarem a equipe de planejamento familiar e, em especial e a nosso ver, mais ginecologistas poderiam melhorar estes números, por parte dos utentes, bem como diminuir a dificuldade de encaminhamento por parte da(o) enfermeira(o).

Quanto a facilidade de acesso a métodos anticoncepcionais a percepção dos utentes está em sintonia com os achados observados no estoque e acima descrito, ou seja, percebem que há a falta de pílulas (40,4%) e mais ainda a de injetáveis (50%). Estes dados soam estranhos visto que, na teoria, não deveria haver interrupção no fornecimento dos métodos anticoncepcionais.

Quanto aos preservativos, o masculino estava presente em 93,9% das unidades visitadas, mas, mesmo assim 31,9% disseram não concordar e não discordar sobre o seu fornecimento e 51,1% disseram concordar que não há falta do mesmo na unidade. Fica claro que falta aos utentes melhor divulgação da disponibilidade deste método nas unidades de saúde, tendo em vista as inúmeras propagandas televisivas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HIV, desde muito tempo realizadas. Também foi captado que 97,9% dos entrevistados conhecem o preservativo masculino, portanto, é de se estranhar porque grande parte dos pesquisados não sabem se está disponível.

Apesar de inexistirem na rede SUS de Vitória de Conquista e também do Brasil, conforme Olsen (2018), métodos de média duração como o adesivo e o anel vaginal, bem como os reversíveis de longa duração ou também conhecidos como LARC (do inglês long-acting reversible contraception), tais como o endoceptivo (DIU com hormônio) e implante foram lembrados em porcentagem significativa dado o pouco tempo de existência.

Olsen (2018), lembra que os LARC são mais efetivos que a camisinha e a pílula, já que uma vez inseridos protegem a mulher por longo tempo (implante 3 anos e endoceptivo 5 anos) e deixam suas usuárias livres de preocupação quanto ao uso correto.

## Discussão

Não foram incorporados pelo Ministério da Saúde, contudo, e segundo Olsen, na cidade de São Paulo (maior cidade do Brasil), a Secretaria Municipal iniciou um projeto para uso do implante em adolescentes desde 2016. Destaca ainda, e com propriedade, que se o objetivo principal é a prevenção da gestação não planejada então há a necessidade de acesso à maior variabilidade de métodos. Por fim, cita que outros países estão investindo na ampliação de métodos anticoncepcionais. Na Colômbia o implante subdérmico é disponibilizado gratuitamente desde 2008. No México implante, adesivo e DIU com levonorgestrel são também oferecidos de forma gratuita. Na Inglaterra a autora destaca que existem 15 tipos de métodos contraceptivos ofertados de forma gratuita, incluindo os anéis vaginais, adesivos e todos os LARC.

Por fim, fizemos uma consulta ao setor de faturamento do hospital Esaú Matos e perguntamos (a título de informação e melhor entendimento, já que não foi este tópico previsto no projeto de pesquisa) qual o valor repassado ao hospital por cada procedimento cirúrgico.

a) laqueação das trompas: R\$ 339,00 (80,5 EUR), sendo que a equipe médica recebe R\$ 138,00 reais (32,78 EUR);

b) vasectomia: R\$ 306,00 (72,69 EUR), sendo que a equipe médica recebe R\$ 173 reais (41,10 EUR);

Na rede privada o DIU medicado (e somente a Bayer o disponibiliza com o nome de Mirena) custa aproximadamente R\$ 800,00 (190,04 EUR) e deve ser trocado a cada cinco anos. O implante subdérmico (também disponibilizado por uma única empresa e com o nome de Implanon NXT custa aproximadamente R\$ 1000,00 (237,55 EUR) e deve ser trocado a cada 3 anos.

Estes achados podem explicar o motivo do Ministério da Saúde não ter incorporado estes métodos em sua relação de anticoncepcionais: os custos dos procedimentos cirúrgicos são muito menores e valem para a vida toda (contudo, deixa de lado os riscos intrínsecos de cada procedimento e o fato de serem irreversíveis).

#### **5.4 Limitações do estudo**

Este estudo pode apresentar limitações e está longe de ser a última palavra no tema planejamento familiar. Foi um estudo transversal e exploratório que permitiu compreender a realidade da rede pública de planejamento familiar da cidade de Vitória da Conquista, portanto, qualquer generalização com a realidade brasileira deve exigir cuidados.

Embora o número de utentes que participaram da pesquisa (48) possa parecer pequeno, o que pode ter limitado o poder analítico de alguns resultados, nosso objetivo em demonstrar que o planejamento familiar ainda é uma realidade negligenciada foi alcançado, tendo em vista o que foi captado nas entrevistas com os gestores e a visita ao estoque de métodos anticonceptivos.



## 6. Conclusões

Tendo em consideração os objetivos do estudo podemos concluir que no planejamento familiar da rede pública de Vitória da Conquista o(a)s usuários(a) não têm assegurados, de forma ampla, os recursos para o livre exercício do planejamento familiar, conforme preconizado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Ainda há poucas informações disponíveis sobre temas do planejamento familiar, conforme ficou demonstrado em entrevista a gestores e usuários das unidades de saúde.

Mesmo nas unidades de saúde as palestras poderiam ser realizadas com mais frequência e de forma melhor estruturada, explicando sobre todos os métodos anticoncepcionais existentes, e não somente sobre aqueles a disposição na unidade de saúde.

Ações na comunidade, juntamente com panfletagem, são pouco desenvolvidas, mas poderiam ser oportunas tendo em vista a importância da temática.

Quanto aos métodos anticoncepcionais houve avanços, estão presentes em todas as unidades de saúde, contudo, há falhas no fornecimento dos mesmos e métodos mais modernos não existem. Trata-se de um reflexo da realidade brasileira e que merecia ser visto com mais atenção pelo Ministério da Saúde.

Quanto aos métodos cirúrgicos a laqueação de trompas hoje é realizada em tempo relativamente curto e a vasectomia ainda apresenta longa fila de espera. Com relação a inserção do DIU um dado positivo chama a atenção: não há fila de espera.

No que diz respeito a organização da rede pública do planejamento familiar ficou demonstrado que precisa haver a participação efetiva de médicos ginecologistas e maior número de encontros entre os profissionais envolvidos.

## 7. Referências bibliográficas

Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: An analysis of 172 countries. *The Lancet* 2012 Jul; 380 (9837): 111–125.

Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. *The Lancet* 2013 Mai; 381 (98780):1642–1652.

Arie WMY, Fonseca AM, Bagnoli VR, Baracat EC. *História da Anticoncepção*. São Paulo: Leitura Médica; 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [acesso em 16 jun 2019]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/resolucao\\_n\\_338\\_06\\_05\\_2004.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf).

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992. Aprova o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [acesso em 16 jun 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm).

Brasil. Lei n.º 11.935, de 11 de maio de 2009. Altera o art. 36-C da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [acesso em 16 jun 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm).

Brasil. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre Planejamento Familiar [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.263%2C%20DE%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201996.&text=Regula%20o%20%C2%A7%207%C2%BA%20do,penalidades%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.263%2C%20DE%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201996.&text=Regula%20o%20%C2%A7%207%C2%BA%20do,penalidades%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias).

Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 3. ed. Brasília, DF; 2002 [acesso em 24 abr 2020]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>.

## Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Blog da Saúde [homepage na internet]. SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil [acesso em 16 jun 2019]. Publicado 23 jun 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF; 2009 [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [acesso em 16 jun 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [acesso em 16 jun 2019].

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1996 mar. 17-21; [Brasília], Brasil; 1996 [acesso em 16 jun 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo; caderno n.º 1, p. 24. Brasília, DF; 2005 [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF; 2011 [acesso em 17 jun 19]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao\\_emergencia\\_perguntas\\_respostas\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, DF; 2010 [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf).

## Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério das Relações Exteriores [homepage na internet]. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) [acesso em 16 jun 2019].
- Brasil. Ministério das relações Exteriores. Íntegra dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) acordados pela Comissão Nacional para os Objetivos do Desenvolvimento Social (CNODS) [acesso em 16 jun 2019].
- Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Negociações da Agenda de Desenvolvimento pós-2015: Elementos Orientadores da posição brasileira. Brasília, DF; 2014 [acesso em 17 jun 2019].
- Chhabra HK, Mohanty IR, Monanty NC, Thamke P, Deshmukh YA. Impact of Structured Counseling on Choice of Contraceptive Method Among Postpartum Women. *J Obst and Gynaecol India* 2016 Dez; 66 (6): 471–479.
- Cleland J, Bernstein S, Ezech A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet* 206 Nov; 368 (9549): 1810-1827.
- Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *The Lancet* 2012 Jul; 380(9837): 149-156.
- Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. Política de planejamento familiar em João Pessoa-PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. *Rev. Esc. Enf. USP* 2000 Jun; 34 (2):119-127.
- Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online] 2006; 6(1): 75-84.
- Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: An analysis of national surveys. *The Lancet* 2013 Mai; 381 (98790): 1756-17620. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html).
- Erfani A. The Impact of Family Planning on Women's Educational Advancement in Tehran, Iran. International Center for Research on Women. Fertility & Empowerment Working Paper Series. 008-2012-ICRW-FE. Pages 1-27.
- Fall CHD, Sachdev CO, Osmond C, Restrepo-Mendez MC, Victora C, Martorell R et al. Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS collaboration). *The Lancet Global Health* 2015 May; 3: 366-77.

## Referências bibliográficas

Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50 (Supl 2).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) [homepage na internet]. Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para uso de Métodos Anticoncepcionais. 4. ed. São Paulo, SP; 2010.

Goering L. Population growth erodes sustainable energy gains. Thomson Reuters Foundation News, 2013 [acesso em 24 abr 20]. Disponível em: <<https://news.trust.org/item/20130531145822-jlky7/>>.

Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos AO, Santa Rosa PLF, Gonçalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev. Esc Enferm USP* 2017;51: e03270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>.

Guttmacher Institute [homepage na internet]. Guttmacher-Lancet Commission Proposes a Bold, New Agenda for Sexual and Reproductive Health and Rights; 2018 [acesso em 24 abr 2019]. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/news-release/2018/guttmacher-lancet-commission-proposes-bold-new-agenda-sexual-and-reproductive>>.

Head SK, Zweimueller S, Marchena C, Hoel E. Women's Lives and Challenges: Equality and Empowerment since 2000. Rockville, Maryland, USA: ICF International; 2014 [acesso em 24 abr 2019]. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/OD66/OD66.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Contagem Populacional [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>.

Loaiza E, Liang M. Adolescent pregnancy: a review of the evidence. UNFPA; New York; 2013 [acessado em 16 jun 2019]. Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/adolescent%20pregnancy\\_unfpa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/adolescent%20pregnancy_unfpa.pdf).

Machado RB, Pompei LM, Giribela A, Melo NR. Impact of standardized information provided by gynecologists on women's choice of combined hormonal contraception. *Gynecol Endocrinol* 2013 Sep; 29(9): 855-858.

Miller G. Contraception as development? New evidence from family planning in Colombia. NBER 2005 Oct; Working Paper series n.11704 [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w11704>.

## Referências bibliográficas

Mogelgaard K. Why population matters to water resources. Population Action International 2012 [acesso 20 jun 2019]. Disponível em: <http://pai.org/wp-content/uploads/2012/04/PAI-1293-WATER-4PG.pdf>.

Morais ACB, Ferreira AG, Almeida KL, Quirino GS. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. Rev Enferm UFSM 2014 Jul/Set; 4(3): 498–508.

Nadal J. Direitos Sexuais e Reprodutivos: um elefante na sala. Nações Unidas Brasil [homepage internet] [acesso em 24 abr 19]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-direitos-sexuais-e-reprodutivos-um-elefante-sala/>.

Nagahama EEI. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública [online] 2009; 25 (Supl 2): 279-290.

Naik R, Smith R. Impacts of Family Planning on Nutrition. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 [acesso em 20 jun 2019]. Disponível em: [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/690\\_FPandnutritionFinal.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/690_FPandnutritionFinal.pdf).

Olsen JM, Lago TDG, Kalckman S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no município de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2018; 34 (2): e00019617.

Organização das Nações Unidas. Population. [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/population/>

Organização das Nações Unidas. Sustainable Development Goals. Disponível em: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/inequality/>. Acessado em 6 de junho de 2019.

Organização Mundial da Saúde. Maternal Mortality [acesso em 30 jun 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

Osís MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araujo MJO. Aenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Pública 2006; 22(11): 2481- 2490.

## Referências bibliográficas

Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., 1998; 14 (Supl 1): 25-32.

Patriota T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acessado em 16 de junho de 2019.

Petrunev T, Minichiello SN, McDowell M, Wilcher R. Meeting the Contraceptive Needs of Key Populations Affected by HIV in Asia: An Unfinished Agenda. AIDS Res. Treat. 2012; 2012: 792649.

Sawyer, Donald. Palco e bastidores da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Rev. bras. estud. popul. 2019 Dez; vol. 36.

Starbird E, Norton M, Marcus R. Investing in family planning: Key to achieving the sustainable development goals. Global Health Sci Pract. 2016 Jun; 4(2): 191-210 [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982245/>.

Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet 2018 Jun; 391(10140): 2642-2692.

Stover J, Ross J. How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. Matern Child Health J. 2010 Sep; 14(5): 687-695.

Susheela S, Darroch JE, Ashford LS. The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health. Guttmacher Institute; 2014 [acesso em 16 jun 2019]. Disponível em: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/addingitup2014.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingitup2014.pdf).

Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(3):1969-80.

## Referências bibliográficas

Ujvari S, Adoni T. A História do Século XX pelas descobertas da Medicina. São Paulo, SP: Editora Contexto; 2014. Arquivo Kindle. Disponível no site <https://amazon.com.br>.

UNESCO Digital Library [homepage internet]. Developing an education sector response to early and unintended pregnancy: discussion document for a global consultation [acesso em 24 abr 2019]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000230510?posInSet=1&queryId=89b43dbb-1c9a-405c-af96-0f873058df5f>.

Universidade de São Paulo. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Proclamação de Teerã proclamada pela Conferência de Direitos Humanos 1968 May, 13. São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Confer%C3%A2ncias-de-C%C3%BApula-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-sobre-Direitos-Humanos/proclamacao-de-teera.html>. Acessado em 8 de junho de 2019.

Vitória da Conquista. Prefeitura Municipal [homepage internet]. Unidades de saúde [acesso em 30 jun 2019]. Disponível em: <http://www.pmvc.ba.gov.br/unidades-basicas-de-saude/>.

Vitória da Conquista. Prefeitura Municipal [homepage internet]. Unidades de Saúde da Família da zona rural [acesso em 30 jun 2019]. Disponível em: <https://saudesusvc.wordpress.com/about/>.

Zanconato G, Zighelboim I, Ros A. La anticoncepcion a través de los siglos. In. Zanconato G, Zighelboim I, Ros A. Anticoncepcion: principios científicos y prácticos. Gráfica Europa, Verona, p. 11-33; 1988.



## 8. Anexos

### 8.1 Questionários

#### 8.1.1 Anexo 1- Questionário ao gestor da unidade de saúde.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Universidade Nova de Lisboa

Mestrado em Saúde Tropical



#### **PLANEJAMENTO FAMILIAR: ACESSO A MÉTODOS E INFORMAÇÕES NA REDE PÚBLICA DE VITÓRIA DA CONQUISTA.**

Mestrando: Péricles Gimenes Farina

#### **QUESTIONÁRIO AO GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE**

**UNIDADE DE SAÚDE CÓDIGO:**

**Data:** \_\_\_\_\_

**Questionário** (marcar com X no número correspondente a resposta).

1. Existe nesta unidade um serviço específico de planejamento familiar?

1. Sim

2. Não, o (a) próprio(a) profissional médico clínico(a) ou enfermeiro(a) são quem prescrevem o método.

2. Se há serviço de planejamento familiar, quem faz parte do mesmo?

1. Médico(a) clínico geral.

2. Médico(a) ginecologista.

3. Enfermeiro (a).

3. Existe na unidade de saúde algum tipo de palestra (ou encontro, ou equivalente) explicando a usuárias sobre os métodos anticoncepcionais existentes no mercado?

1. Sim.

2. Não

Se resposta positiva, com que frequência são realizadas palestras ou encontros:

1. Raramente.

2. Às vezes.

3. Frequentemente.

4. Sempre / Constantemente

4. Há algum tipo de ação de educação/esclarecimento em planejamento familiar na comunidade (por exemplo, palestras educativas, panfletagem ou encontros)?

1. Não

2. Sim:

1. Raramente.

2. Às vezes.

3. Frequentemente.

4. Sempre / Constantemente.

5. Há algum tipo de ação de educação/esclarecimento em planejamento familiar em escolas (por exemplo, palestras educativas, panfletagem ou encontros)?

1. Não

2. Sim:

1. Raramente.

2. Às vezes.

3. Frequentemente.

4. Sempre / Constantemente.

6. Há algum tipo de recurso didático (panfleto ou equivalente) distribuído a comunidade falando sobre planejamento familiar?

1. Não

2. Sim.

7. Com que frequência a pessoa do sexo masculino costuma frequentar o serviço de planejamento familiar?

1. Nunca

2. Raramente.

3. Às vezes.

4. Frequentemente.

5. Sempre / Constantemente.

8 Se a resposta para o item 6 for às vezes, frequentemente ou sempre/constantemente, qual o estado civil identificado:

1. Solteiro.
2. Em união estável.
3. Casado.
4. Não sei.

9. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: os usuários desta unidade têm acesso fácil ao serviço de planejamento familiar (conseguem marcar consultas e são atendidos em prazo razoável).

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

10. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: as usuárias desta unidade que desejam realizar uma laqueadura pelo SUS têm fácil acesso ao método cirúrgico.

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

11. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: a unidade de saúde fornece pílulas de forma habitual, sem falha de fornecimento, às usuárias desta unidade (sempre estão disponíveis no estoque da unidade).

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

12. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: a unidade de saúde fornece métodos injetáveis de forma habitual, sem falha de fornecimento, às usuárias desta unidade.

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

13. Quais métodos anticoncepcionais estão, neste momento, à disposição da unidade de saúde?

1. Preservativo masculino.
2. Preservativo feminino.
3. Pílulas.
4. Injetáveis.
5. DIU.
6. Endoceptivo (Mirena®).
7. Anel vaginal.
8. Adesivo.
9. Implante (Implanon®).
10. Diafragma
11. Vasectomia.
12. Ligadura (laqueadura).
13. Pílula de emergência:
14. Desconhece/não se recorda
15. Outro:

14. Houve algum tipo de capacitação dos profissionais envolvidos no planejamento familiar?

1. Não
2. Sim

15. Para pacientes com algum tipo de doença e necessitando de método anticoncepcivo há fácil encaminhamento para um ginecologista?

1. Não
2. Sim

16. Existe algum tipo de encontro envolvendo os profissionais que participam do planejamento familiar das unidades de saúde?

1. Não
2. Sim.

### 8.1.2 Anexo 2 - Formulário estoque de medicamentos



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Universidade Nova de Lisboa

Mestrado em Saúde Tropical



#### **PLANEJAMENTO FAMILIAR: ACESSO A MÉTODOS E INFORMAÇÕES NA REDE PÚBLICA DE VITÓRIA DA CONQUISTA.**

Mestrando: Péricles Gimenes Farina

#### **FORMULÁRIO ESTOQUE DE MEDICAMENTOS**

**UNIDADE DE SAÚDE CÓDIGO:** \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Pílulas quanto a dosagem de estrogênio:

1. Pílula contendo 20 mcg ou menos de etinilestradiol.
2. Pílula contendo 30 mcg ou mais de etinilestradiol.

2. Pílulas quanto ao tipo de progestagênio:

1. Clormadinona.
2. Levonorgestrel.
3. Acetato de ciproterona.
4. Desogestrel.
5. Gestodeno.
6. Dienogeste.
7. Noretisterona

3. Tipos de Injetáveis disponíveis:

1. Acetato de medroxiprogesterona 50 mg.
2. Acetato de medroxiprogesterona 150 mg
3. Combinado (estrogênio + progesterona). Composição:

.

4. Tipos de Preservativo:

1. Preservativo masculino.
3. Preservativo feminino.

5. Outros anticoncepcionais:

1. Pílula do dia seguinte ( ).
2. Outro: Adesivo ( ), anel vaginal ( ), implante ( ), diafragma ( ), endoceptivo ( ).

### 8.1.3 Anexo 3 - Questionário dirigido aos utentes.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Universidade Nova de Lisboa

Mestrado em Saúde Tropical



Pesquisa Planeamento familiar: Acesso a métodos e informações na rede pública de Vitória da Conquista.

Mestrando: Péricles Gimenes Farina.

#### QUESTIONÁRIO USUÁRIOS (UTENTES)

Data: \_\_\_\_\_

Sexo : Masculino ( ☐ )      Feminino ( ☐ )      Idade: \_\_\_\_\_.

Estado Civil: ( ☐ ) Solteira.      ( ☐ ) Casada.      ( ☐ ) União Estável.

Número de anos estudados: \_\_\_\_\_. Número de filhos: \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda familiar aproximada (a da família toda):

( ☐ ) Até 1 salário mínimo ( Até R\$ 998,00).

( ☐ ) De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 998,00 a R\$1996,00).

( ☐ ) Acima de 2 salários mínimo (R\$ 1996,00).

---

**Questionário** (marcar com X no número correspondente a resposta).

1. Para você, falar sobre planeamento familiar é:

1. ( ☐ ) Pouco importante.      2. ( ☐ ) Muito importante.

2. Você usa algum tipo de método anticonceptivo?      1. ( ☐ ) Sim.      2. ( ☐ ) Não

3. Se usa algum método anticonceptivo, qual é? Pode marcar mais de uma resposta, se for o caso.

1. ( ☐ ) Preservativo masculino

8. ( ☐ ) Anel vaginal

2. ( ☐ ) Preservativo feminino

9. ( ☐ ) Adesivo transdérmico.

3. ( ☐ ) Pílula

10. ( ☐ ) Implante subdérmico.

4. ( ☐ ) Injeção mensal (cada 30 dias)

11. ( ☐ ) Diafragma

5. ( ☐ ) Injeção trimestral (cada 90 dias)

12. ( ☐ ) Vasectomia

6. ( ☐ ) DIU

13. ( ☐ ) Ligadura

7. (    ) Endoceptivo (DIU com hormônio)                      14. (    ) Pílula do dia seguinte

4. Quem prescreveu o método que você usa? Pode marcar mais de uma resposta, se for o caso.

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. (    ) Médico(a).     | 4. (    ) O balconista da farmácia. |
| 2. (    ) Enfermeiro(a). | 5. (    ) Escolhi por acaso.        |
| 3. (    ) Uma amiga.     |                                     |

5. É do seu conhecimento se nesta unidade de saúde há um serviço específico de planejamento familiar?

1. Sim,
2. Não sei se tem serviço planejamento familiar.
3. Só sei que tem médico ou enfermeira.

6. Algum(a) médica(o) ou enfermeira(o) já conversou com você sobre planejamento familiar? Pode marcar mais de uma resposta, se for o caso.

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. (    ) Médico(a) clínico geral. | 3. (    ) Enfermeira (o) |
| 2. (    ) Médico(a) ginecologista. | 4. (    ) Não me recordo |

7. Você já participou de algum tipo de palestra (ou encontro, ou equivalente) explicando sobre os métodos anticoncepcionais existentes? Pode marcar mais de uma resposta, se for o caso.

1. Não.
2. Sim.    (    ) No próprio posto de Saúde.  
              (    ) Na escola.  
              (    ) Na comunidade.

8. Você já viu algum panfleto, cartaz ou banner sobre planejamento familiar na unidade de Saúde?

1. Não.
2. Sim.

9. Quando você precisa de alguma informação sobre métodos anticoncepcionais a quem você se dirige? Pode marcar mais de uma resposta, se for o caso.

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. (    ) Médico(a).              | 2. (    ) Enfermeiro(a).            |
| 3. (    ) Uma amiga.              | 4. (    ) O balconista da farmácia. |
| 5. (    ) A internet (rede sócia) | 6. (    ) Escolho por acaso.        |



10. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: os usuários desta unidade têm acesso fácil ao serviço de planejamento familiar (conseguem marcar consultas e são atendidos em prazo razoável).

1. (    ) Discordo totalmente.
2. (    ) Discordo parcialmente.
3. (    ) Não concordo e nem discordo.
4. (    ) Concordo parcialmente.
5. (    ) Concordo totalmente.

11. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: a usuária da Unidade Básica de Saúde que deseja realizar uma ligadura tubária pelo SUS têm fácil acesso ao método cirúrgico. Somente uma resposta.

1. (    ) Discordo totalmente.
2. (    ) Discordo parcialmente.
3. (    ) Não concordo e nem discordo.
4. (    ) Concordo parcialmente.
5. (    ) Concordo totalmente.

12. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: o SUS fornece pílulas de forma habitual, sem falha de fornecimento. Somente uma resposta.

1. (    ) Discordo totalmente.
2. (    ) Discordo parcialmente.
3. (    ) Não concordo e nem discordo.
4. (    ) Concordo parcialmente.
5. (    ) Concordo totalmente.

13. Qual o seu grau de concordância com seguinte frase: o SUS fornece métodos injetáveis de forma habitual, sem falha de fornecimento. Somente uma resposta.

1. (    ) Discordo totalmente.
2. (    ) Discordo parcialmente.
3. (    ) Não concordo e nem discordo.
4. (    ) Concordo parcialmente.
5. (    ) Concordo totalmente.

14. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: o SUS fornece preservativo (camisinha) de forma habitual, sem falha de fornecimento. Somente uma resposta.

1. (    ) Discordo totalmente.

- 2. ( ) Discordo parcialmente.
- 3. ( ) Não concordo e nem discordo.
- 4. ( ) Concordo parcialmente.
- 5. ( ) Concordo totalmente.

15. Quais métodos anticonceptivos você conhece ou ouviu falar (marcar com um X o que corresponde a sua resposta): Pode marcar mais de uma resposta, se for o caso

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. ( ) Camisinha masculina                   | 8. ( ) Anel vaginal            |
| 2. ( ) Camisinha feminina                    | 9. ( ) Adesivo                 |
| 3. ( ) Pílula                                | 10. ( ) Implante               |
| 4. ( ) Injeção mensal (cada 30 dias)         | 11. ( ) Diafragma              |
| 5. ( ) Injeção trimestral (cada 90 dias)     | 12. ( ) Vasectomia             |
| 6. ( ) DIU                                   | 13. ( ) Ligadura               |
| 7. ( ) Endoceptivo Mirena (DIU com hormônio) | 14. ( ) Pílula do dia seguinte |

16. Você já usou pílula do dia seguinte?

- 1. ( ) Não.
- 2. ( ) Sim.

17. Você frequente a Unidade de Saúde há quanto tempo, aproximadamente?

\_\_\_\_\_

#### 8.1.4 Anexo 4 - Questionário gestor responsável por procedimentos cirúrgicos / inserção de DIU.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Universidade Nova de Lisboa

Mestrado em Saúde Tropical



### PLANEJAMENTO FAMILIAR: ACESSO A MÉTODOS E INFORMAÇÕES NA REDE PÚBLICA DE VITÓRIA DA CONQUISTA.

Mestrando: Péricles Gimenes Farina

#### QUESTIONÁRIO AO GESTOR - PROCEDIMENTOS

**Data:** \_\_\_\_\_

**Questionário** (marcar com X no número correspondente a resposta).

1. Existe nesta unidade um serviço específico de planejamento familiar?

- 1. Sim
- 2. Não

2. Se há serviço de planejamento familiar, quem faz parte do mesmo?

- 1. Médico(a) clínico geral.
- 2. Médico(a) ginecologista.
- 3. Enfermeiro(a).

3. Existe neste hospital algum tipo de palestra (ou encontro, ou equivalente) explicando aos usuários sobre os métodos anticonceptivos existentes no mercado?

- 1. Sim.
- 2. Não

Se resposta positiva, com que frequência são realizadas palestras ou encontros:

- 1. Raramente.
- 2. Às vezes.
- 3. Frequentemente.
- 4. Sempre / Constantemente

4. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: os usuários do SUS têm acesso fácil ao serviço de planejamento familiar.

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

5. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: as usuárias do SUS que desejam realizar uma laqueadura tubária pelo SUS têm fácil acesso ao método cirúrgico (conseguem realizar o procedimento sem esperar muito tempo para isto).

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

6. Qual o seu grau de concordância com a seguinte frase: as usuárias do SUS que desejam usar DIU têm fácil acesso ao método cirúrgico (conseguem inserir sem esperar muito tempo para isto).

1. Discordo totalmente.
2. Discordo parcialmente.
3. Não concordo e nem discordo.
4. Concordo parcialmente.
5. Concordo totalmente.

7. Quantas ligaduras tubárias são realizadas semanalmente / anualmente?

8. Quantas vasectomias são realizadas semanalmente / anualmente?

9. Quantas inserções de DIU são realizadas semanalmente / anualmente?

10. Qual a fila de espera ligadura tubária, vasectomia e inserção de DIU?

## 8.2 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### 8.2.1 TCLE Gestor de Unidades de Saúde e de local de realização de procedimentos cirúrgicos / inserção de DIU



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual no 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AO GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE

Meu nome é Péricles Gimenes Farina, sou professor do curso de medicina da UESB (campus Vitória da Conquista) e você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:

**Planejamento familiar: acesso a métodos anticoncepcionais e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista.**

Neste estudo pretendemos avaliar se na rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista os usuários têm assegurado os recursos para o livre exercício do planejamento familiar conforme preconizado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, ou seja, detalhar como se dá o acesso, por parte dos usuários da rede SUS, às diversas informações existentes sobre planejamento familiar bem como aos diversos métodos anticoncepcionais existentes, desde as diversas formas de composição hormonal presentes em pílulas anticoncepcionais a novidades como adesivo, anel vaginal, implante e endoceptivo (DIU com hormônio).

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se deve ao fato de termos observado que em nosso país o planejamento familiar ainda tem muito a melhorar, pois não temos a disposição, na rede pública de saúde, todos os métodos anticoncepcionais existentes no país e também temos acesso a pouca ou nenhuma informação.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): estudo fundamentado em questionário elaborado com a finalidade de saber quais profissionais da área de saúde faz parte da equipe de planejamento familiar, os métodos anticoncepcionais disponíveis nesta unidade de saúde, quais informações estão disponíveis e qual o seu grau de concordância com alguma perguntas.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Este estudo apresenta risco mínimo para os colaboradores da pesquisa, mas como cada ser humano é diferente você pode se sentir constrangido(a), ou mesmo ameaçado(a) frente a questões que podem atingir sua dimensão moral, intelectual, social, cultural, espiritual ou mesmo se sentir irritado(a) diante de várias perguntas feitas. Assim sendo, não hesite em manifestar seu ponto de vista e se sinta no direito de suspender o preenchimento e descartar o questionário (rasgar o mesmo, se for o caso). De qualquer forma você tem assegurado o direito a uma possível compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, conforme Resolução CNS 510/2016, Artigo 18, § 2º:

“O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização.”

Fica plenamente assegurado o seu anonimato (você não precisará se identificar no questionário) e que os dados serão vistos apenas pelo pesquisador ou um de seus orientadores, ou seja, todos os seus dados são sigilosos.

Os benefícios deste estudo são a compreensão da realidade do planejamento familiar em Vitória da Conquista e a propositura de melhorias, quando couber.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados, basta pedir uma cópia da pesquisa ao Departamento de Ciências Naturais da Uesb ou ao Colegiado de Medicina (Campus Vitória da Conquista), sem nenhum gasto por você. Será ainda disponibilizado uma cópia, por escrito, a Unidade de Saúde a qual você está vinculado(a).

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Assim sendo,

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada bem como esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro ainda que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste termo de consentimento assinada pelo pesquisado.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

*Assinatura do(a) participante da pesquisa*

---

*Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável*

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

**Pesquisador(a) Responsável:**

Péricles Gimenes Farina

Endereço: Estrada do Bem Querer, km 4. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Ciências Naturais - DCN. Vitória da Conquista - BA. CEP:45083-900. Telefone DCN: 77 3424 8655

**CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

### 8.2.2 TCLE dirigido aos Utentes.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual no 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB



#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS USUÁRIOS (UTENTES)**

Meu nome é Péricles Gimenes Farina, sou professor do curso de medicina da UESB (campus Vitória da Conquista) e você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:

#### **Planejamento familiar: acesso a métodos anticoncepcionais e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista.**

Neste estudo pretendemos avaliar se na rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista os usuários têm assegurado os recursos para o livre exercício do planejamento familiar conforme preconizado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, ou seja, detalhar como se dá o acesso, por parte dos usuários da rede SUS, às diversas informações existentes sobre planejamento familiar bem como aos diversos métodos anticoncepcionais existentes, desde as diversas formas de composição hormonal presentes em pílulas anticoncepcionais a novidades como adesivo, anel vaginal, implante e endoceptivo (DIU com hormônio). O motivo que nos leva a estudar esse assunto se deve ao fato de termos observado que em nosso país o planejamento familiar ainda tem muito a melhorar, pois não temos a disposição, na rede pública de saúde, todos os métodos anticoncepcionais existentes no país e também temos acesso a pouca ou nenhuma informação. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): estudo fundamentado em questionário elaborado com a finalidade de saber qual o seu conhecimento sobre planejamento familiar, os métodos anticoncepcionais que você conhece, qual você usa, se teve acesso a informações e qual o seu grau de concordância com alguma perguntas. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua



participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

Este estudo apresenta risco mínimo para os colaboradores da pesquisa, mas como cada ser humano é diferente você pode se sentir constrangido(a), ou mesmo ameaçado(a) frente a questões que podem atingir sua dimensão moral, intelectual, social, cultural, espiritual ou mesmo se sentir irritado(a) diante de várias perguntas feitas. Assim sendo, não hesite em manifestar seu ponto de vista e se sinta no direito de suspender o preenchimento e descartar o questionário (rasgar o mesmo, se for o caso). De qualquer forma você tem assegurado o direito a uma possível compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, conforme Resolução CNS 510/2016, Artigo 18, § 2º: “O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização.”

Fica plenamente assegurado o seu anonimato (você não precisará se identificar no questionário) e que os dados serão vistos apenas pelo pesquisador ou um de seus orientadores, ou seja, todos os seus dados são sigilosos. Os benefícios deste estudo são a compreensão da realidade do planejamento familiar em Vitória da Conquista e a proposição de melhorias, quando couber. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados, basta pedir uma cópia da pesquisa ao Departamento de Ciências Naturais da Uesb ou ao Colegiado de Medicina (Campus Vitória da Conquista), sem nenhum gasto por você. Será ainda disponibilizado uma cópia, por escrito, a Unidade de Saúde a qual você está vinculado(a). Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Assim sendo, Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada bem como esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas

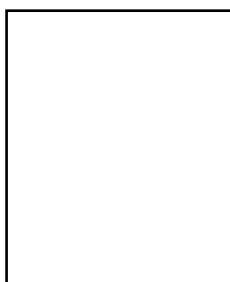
informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro ainda que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste termo de consentimento assinada pelo pesquisado.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2019

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) participante da pesquisa*

*Impressão digital (se for o caso)*



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

**Pesquisador(a) Responsável:**

Péricles Gimenes Farina

Endereço: Estrada do Bem Querer, km 4. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Ciências Naturais - DCN. Vitória da Conquista - BA. CEP:45083-900. Telefone DCN: 77 3424 8655

**CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091. Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br.

### 8.2.3 Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual no 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB



#### **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

---

Meu nome é Péricles Gimenes Farina, sou professor do curso de medicina da UESB (campus Vitória da Conquista) e você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:

#### **Planejamento familiar: acesso a métodos anticoncepcionais e informações na rede de saúde pública de Vitória da Conquista.**

Neste estudo pretendemos avaliar se na rede pública de saúde do município de Vitória da Conquista os usuários têm assegurado os recursos para o livre exercício do planejamento familiar conforme preconizado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, ou seja, detalhar como se dá o acesso, por parte dos usuários da rede SUS, às diversas informações existentes sobre planejamento familiar bem como aos diversos métodos anticoncepcionais existentes, desde as diversas formas de composição hormonal presentes em pílulas anticonceptivas a novidades como adesivo, anel vaginal, implante e endoceptivo (DIU com hormônio).

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se deve ao fato de termos observado que em nosso país o planejamento familiar ainda tem muito a melhorar, pois não temos a disposição, na rede pública de saúde, todos os métodos anticoncepcionais existentes no país e também temos acesso a pouca ou nenhuma informação.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): estudo fundamentado em questionário elaborado com a finalidade de saber qual o seu

conhecimento sobre planejamento familiar, os métodos anticoncepcionais que você conhece, qual você usa, se teve acesso a informações e qual o seu grau de concordância com alguma perguntas.

**Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento.**

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se.

Este estudo apresenta risco mínimo para os colaboradores da pesquisa, mas como cada ser humano é diferente você pode se sentir constrangido(a), ou mesmo ameaçado(a) frente a questões que podem atingir sua dimensão moral, intelectual, social, cultural, espiritual ou mesmo se sentir irritado(a) diante de várias perguntas feitas. Assim sendo, não hesite em manifestar seu ponto de vista e se sinta no direito de suspender o preenchimento e descartar o questionário (rasgar o mesmo, se for o caso). De qualquer forma você tem assegurado o direito a uma possível compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, conforme Resolução CNS 510/2016, Artigo 18, § 2º:

“O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização.”

Fica plenamente assegurado o seu anonimato (você não precisará se identificar no questionário) e que os dados serão vistos apenas pelo pesquisador ou um de seus orientadores, ou seja, todos os seus dados são sigilosos.

Os benefícios deste estudo são a compreensão da realidade do planejamento familiar em Vitória da Conquista e a propositura de melhorias, quando couber.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados, basta pedir uma cópia da pesquisa ao Departamento de Ciências Naturais da Uesb ou ao Colegiado de Medicina (Campus Vitória da Conquista), sem nenhum gasto por você. Será ainda disponibilizado uma cópia, por escrito, a Unidade de Saúde a qual você está vinculado(a).

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Assim sendo,

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada bem como esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro ainda que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste termo de consentimento assinada pelo pesquisado.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2019.

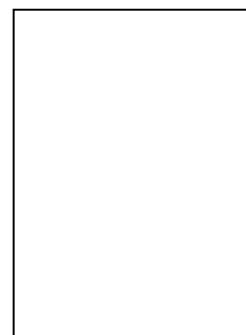
---

*Assinatura do(a) participante da pesquisa*

*Impressão digital (se for o caso)*

---

*Assinatura do(a) responsável pela participante da pesquisa*



---

*Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável*

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

**Pesquisador(a) Responsável:**

Péricles Gimenes Farina

Endereço: Estrada do Bem Querer, km 4. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Ciências Naturais - DCN. Vitória da Conquista - BA. CEP:45083-900. Telefone DCN: 77 3424 8655

**CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.  
Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br